

Inhalt

<i>Editorial: Kategoriale, dimensionale, spektrale</i> <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
--	---

Themenschwerpunkt Spektrumstörungen

Störungen des zwanghaften Spektrums (Obsessive Compulsive Spectrum Disorders) <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	10
Zwangsstörung	13
Obsessive Compulsive Spectrum Disorders	25
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	28
Zwanghafte Brandstiftung (Pyromanie)	34
Zwanghaftes Glücksspiel	38
Zwanghaftes Haareausreißen (Trichotillomanie)	53
Intermittierende explosive Störung	58
Zwanghafter Internet-Gebrauch	63
Zwanghaftes Kaufen	67
Zwanghaftes Sexualverhalten	70
Zwanghaftes Hautknibbeln (Dermatotillomanie)	75
Zwanghaftes Stehlen (Kleptomanie)	78

<i>Zur Diskussion gestellt: Ist die Minimale Cerebrale Dysfunktion</i> <i>(MCD) tatsächlich überholt?</i> <i>Dietrich Holzer</i>	89
--	----

<i>Kommentar: Sprachstandsfeststellungsverfahren „Delphin 4“</i> <i>aus logopädischer Sicht</i> <i>Frank Grevenrath</i>	101
---	-----

Buchbesprechungen:

<i>Zwänge bei Kindern und Jugendlichen</i>	107
<i>Die Stimme des Kindes in der Familientherapie</i>	108
<i>Schule und psychische Störungen</i>	110
<i>Hinweise für Autoren</i>	112

Editorial: **Kategorial, dimensional, spektral**

Aus klinischer Sicht muss die Fortentwicklung diagnostischer Konzepte und Methoden primär der Verbesserung der Behandlung dienen. Die Regeln der Evidenz basierten Medizin erfordern dabei, dass zur Überprüfung, ob ein neuer oder verändert diagnostischer Ansatz tatsächlich zu einem besseren therapeutischen Ergebnis führt, Messmethoden eingesetzt werden, die möglichst reliabel, valide und objektiv sind. Die Regeln des Qualitätsmanagements erfordern zudem, dass die Ergebnisse aus den Messungen des Behandlungserfolgs (einschließlich katamnestischer Erhebungen) in den Diagnose- und Behandlungsprozess zurückgekoppelt werden (PDCA-Zyklus: plan – do – check – act). Dieser Weg wird bereits seit der Entwicklung von DSM-III angestrebt: Während frühe Versionen des DSMs vor allem auf klinischem Konsens basierten, betonten DSM-III und DSM-III-R beobachtbare bzw. messbare Zeichen und Symptome sowie die Reliabilität der psychiatrischen Diagnosen. Obwohl für DSM-IV der Fokus auf Reliabilität mit vermehrter Beachtung empirischer Evidenz beibehalten wurde, begrenzte die Tatsache, dass die Arbeit an DSM-IV sobald nach der Veröffentlichung von DSM-III-R begann, die Möglichkeiten zu anspruchsvollen statistischen Analysen neuer und existierender Daten. Bei der Entwicklung von DSM-V wird daher innovativen analytischen Methoden ausdrücklich Raum gegeben. Im Rahmen dieser Entwicklung, die weniger Wert auf tradierte Konzepte legt und mehr Wert auf Ergebnisse aus empirischen Untersuchungen, wird sowohl die weitere Zergliederung etablierter Diagnosen in weitere Subtypen diskutiert als auch die Gruppierung von Diagnosen, die in den bisher publizierten Klassifikationsschemata unterschiedlichen Abschnitten zugeordnet waren, zu gemeinsamen Kategorien unter ‚neuen‘ Überschriften.

Ein wichtiges Anregungsprinzip für Neugruppierungen ist u. a. das gleichzeitige Auftreten mehrerer Störungen bzw. Erkrankungen: Komorbidität ist bei psychischen Störungen eher die Regel als die Ausnahme. Dabei ist es wichtig zu unterscheiden zwischen den verschiedenen komorbiden Störungen und dem Verstehen ihrer Bedeutung für die Definition einer psychiatrischen Störung. Da die Grenzen von Störungen sehr unscharf sein können,

steuern unterschiedliche Arten von Komorbidität unterschiedliche Informationen zur Überarbeitung der Nosologie bei (DSM-V research planning Launch /Methods Conference, 2004, <http://dsm5.org/conference2.cfm>):

- *Epidemiologische Komorbidität* (nichtzufälliges Begleitereignis) kann auf zwei unterschiedliche Erscheinungsformen ein- und desselben Krankheitsprozesses hinweisen, oder auf eine Erkrankung, die die andere zur Folge hat. Alternativ kann es sich um zwei getrennte Störungen handeln, die eine gemeinsame Ursache haben.
- *Klinische Komorbidität* reflektiert Beispiele, bei denen Erscheinungsbild, Verlauf oder Reaktion auf die Behandlung einer Störung als Funktion des Vorliegens einer anderen Störung variieren.
- *Familiale Komorbidität*, bei der Muster familialer Übertragung variieren können in Abhängigkeit davon, ob eine andere, getrennte Störung vorliegt oder nicht, kann auf eine familiäre Ursache der Störung hinweisen (genetisch oder nicht).

Obwohl DSM und ICD eine eher deskriptiv-pragmatische bzw. symptomatologische Nosologie intendieren, werden als Argumente für eine weitere Unterteilung ebenso wie für neue Zusammenfassungen in nicht unerheblichem Maße Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten in Ätiologie und Pathogenese angeführt (siehe weiter unten). Hier schwingt sicher die Suche nach der bereits von Kraepelin (1896) angestrebten Einheit von Anatomie, Ätiologie und Symptomatologie mit, auch wenn schon Jaspers (1923, S. 365) meinte, dass sich die Idee der Krankheitseinheit in irgendeinem einzelnen Falle niemals verwirklichen lasse, da die Kenntnis des regelmäßigen Zusammentreffens gleicher Ursachen mit gleichen Erscheinungen, Verlauf, Ausgang und Hirnbefund eine vollendete Kenntnis aller einzelnen Zusammenhänge voraussetze, „eine Kenntnis, die in unendlich ferner Zukunft liegt“. Und auch Holzer (2007) stellt in diesem Heft zur Frage, ob es regelhafte Zusammenhänge von somatogener Ursache und psychopathologischen Folgen im Sinne von spezifischen und typischen Schadensbildern gibt, für enzephalitisch geschädigte Kinder fest: „Die Verhaltensänderungen stehen also zu den körperlichen Erscheinungen in keinem gesetz- oder regelmäßigen Abhängigkeitsverhältnis“.

Als Beispiel für Ideen einer **vertieften Unterteilung bzw. Subtypisierung einer Diagnose** sei hier die DSM-V-Konferenz „Deconstructing Psychosis“ (2006) genannt: Derzeit können 114 verschiedene Symptomkombinationen zur nach DSM-IV definierten Diagnose Schizophrenie füh-

ren, was die Frage nach der Validität aufwirft. Ein Weg zur Verbesserung von Diagnosen ist die Suche nach homogeneren Gruppen, z. B. Patienten, die primär durch das Defizit-Syndrom charakterisiert sind. Ein weiterer Ansatz wäre die Gruppierung der Symptome in Dimensionen statt der Patienten in Kategorien, mit dem Ziel der Entwicklung von quantitativen Phänotypen, die enger mit der klinischen Realität korrespondieren als es die derzeitigen diagnostischen Kategorien tun (Barnow 2006, Pukrop 2006). Bisher diesbezüglich diskutierte Dimensionen sind u. a. genetische, neuropsychologische bzw. kognitive, ethnische und kulturelle Unterschiede, desweiteren Variablen des Neuroimaging und der Neuropharmakologie.

Als Argument, welche Diagnosen zusammengeführt werden bzw. bleiben sollen und welche nicht, wurde auf der DSM-V Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference (2006, <http://dsm5.org/conference10.cfm>) u. a. die Response auf SSRI vorgeschlagen, d.h. eine diagnostische Unterteilung sollte danach erfolgen, ob SSRI einen Erfolg versprechenden Therapieansatz darstellen oder nicht. Gleiches wurde für bestimmte verhaltenstherapeutische Methoden ins Feld geführt. Ähnliche Überlegungen gibt es auch für die Unterteilung der Enkopresis: Während von Gontard (2007) die Auffassung vertritt, dass die Einteilung in primäre (ICD-10: F98.10) und sekundäre (ICD-10: F98.11) Enkopresis nicht sinnvoll sei, da sich seiner Meinung nach die beiden Formen bzgl. somatischer oder psychischer Begleitsymptome nicht unterscheiden und damit keine klinische Relevanz haben, sprechen sich Spitzcok von Brisinski & Lüttger (2007) für eine Beibehaltung dieser beiden Subtypen aus aufgrund der aus ihrer Sicht gegebenen psychotherapeutischen Relevanz: In Bezug auf familientherapeutische Methoden lässt sich im Rahmen eines lösungsorientierten Ansatzes (de Shazer 1989) das saubere Intervall nutzen zur Exploration und anschließenden Schaffung von Kontextbedingungen für Symptombefreiheit. Desweiteren steht der erneute Beginn des Einkotens oftmals in Zusammenhang mit belastenden Veränderungen im familiären oder erweiterten sozialen Umfeld wie z. B. Trennung der Eltern oder sexuellem Missbrauch (Roesler et al. 1993; Silver 1996; von Gontard 2004). Die Exploration von Veränderungen im sozialen Lebensumfeld des Kindes ergibt daher oftmals wertvolle Hinweise auf Erfolg versprechende Ansatzpunkte in der Familientherapie.

Doch zurück zu „Deconstructing Psychosis“: Bisher besteht die diagnostische Entität der Schizophrenie aus einer lockeren Umgrenzung einer heterogenen Sammlung von in Beziehung zueinander stehenden und relativ unterschiedlichen Phänotypen. Diese Varianten stehen wiederum in Beziehung zu relativ unterschiedlichen Gehirn-Verhaltensmodulen mit entweder

überlappenden oder getrennten Ätiologien, Pathophysiologien, Verlaufsmerkmalen und Behandlungserfolgen. Gaebel (2006) schlägt daher vor, das diagnostische Konzept der Schizophrenie zu verlassen oder zu ergänzen zugunsten eines modularen Krankheitskonzepts, das auf pathologische Funktionen und Ätiopathogenese (z. B. emotional, kognitiv, sozial) fokussiert statt auf diagnostische Kategorien.

Als Beispiel für eine **Neugruppierung von Diagnosen**, die in den bisher publizierten Klassifikationsschemata unterschiedlichen Abschnitten zugeordnet waren, wird die in DSM-V geplante Kategorie „Störungen des zwanghaften Spektrums“ (DSM-V Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference (2006, <http://dsm5.org/conference10.cfm>) in diesem Heft näher beleuchtet (Spitzcok von Brisinski 2007a). Eine „Spectrum Disorders“-Kategorie existiert in ICD-10 und DSM-IV bereits in Form der „Störungen des autistischen Spektrums“, die dort zwar als „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ bezeichnet werden, vom National Institute of Mental Health der USA jedoch mit den „Autism Spectrum Disorders“ gleichgesetzt werden, d. h. nach diesem Verständnis gehören auch Rett Syndrom, „Desintegrative Störung des Kindesalters“ und „Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ zu den Störungen des autistischen Spektrums (Strock 2004).

Neugruppierungen müssen sich nicht auf ein Fachgebiet beschränken: So ist das „Zwanghafte Hautknibbeln“ bzw. die Dermatotillomanie zwar in DSM-IV-TR als „Pathologisches Abzupfen von Haut“ (312.30) den Impulskontrollstörungen zugeordnet, in ICD-10 fällt sie aber als „Dermatitis factitia“ bzw. „Neurotische Exkoration“ (L98.1) in das dermatologische Fachgebiet durch Zuordnung zum Kapitel „Krankheiten der Haut und der Unterhaut“. Zur künftigen Gruppe der „Obsessive Compulsive Spectrum Disorders“ sollen auch neben zahlreichen Störungen aus dem psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgebiet bisher vorwiegend pädiatrisch bzw. neurologisch klassifizierte Erkrankungen wie z. B. Chorea Sydenham, PANDAS, Chorea Huntington und Parkinson Syndrom gehören (Spitzcok von Brisinski 2007a). Ein anderes Beispiel ist Rome-III (<http://romecriteria.org>): In dieser von Gastroenterologen entwickelten, mittlerweile in der dritten Fassung vorliegenden internationalen Klassifikation finden sich operationalisierte, auf empirischer Forschung beruhende diagnostische Kriterien für „Funktionelle gastrointestinale Störungen“ (Erbrechen, Bauchschmerzen, Obstipation und Einkoten), die zunehmend für Klinik und Forschung wegweisend sind. In Rome-III werden zwar Grundkriterien von ICD-10 und DSM-IV beibehalten, die Enkopresis gibt

es jedoch nur noch isoliert als nicht-retentiv oder bei Obstipation als ein Symptom von vielen (von Gontard 2007).

All diese Überlegungen zur Entwicklung von DSM-V und ICD-11 orientieren sich in erster Linie an naturwissenschaftlichen Modellen bzw. an dem, was Jaspers „objektive Psychopathologie“ nannte. Sie legen nahe, dass eines Tages Computerprogramme (sog. Expertensysteme) aus den Befunden die ‚richtige‘ Diagnose ableiten und daraus wiederum die ‚richtigen‘ Therapiemaßnahmen (Spitzcok von Brisinski et al. 1993, Spitzcok von Brisinski 1994). Bisher können jedoch mit Algorithmen „bewaffnete“ Maschinen oder Laien psychiatrisch ausgebildete Professionelle nicht ersetzen, denn, analog zur Gestaltwahrnehmung, wo wir in der Lage sind, unvollständige Muster bzw. Gestalten vor dem geistigen Auge zu vervollständigen, störende Grafikelemente uns wegzudenken oder zu verformen, „wichtiges von Unwichtigem“ zu unterscheiden oder „Verzerrungen zu korrigieren“, tun wir dies auch beim Stellen von Diagnosen bezogen auf ein Syndrom-Muster (Bosch & Spitzcok von Brisinski 2005). Dass dies bzgl. klinischer Nützlichkeit nicht eine Qualitätseinbuße, sondern eine Qualitätssteigerung darstellt, belegt u. a. die Tatsache, dass trotz aller technischen Fortschritte auf dem Gebiet von Hard- und Software bis heute weder im Bereich der EEG- oder MRT-Befundung (als Beispiel für visuelle Gestaltwahrnehmung) noch im Bereich der Diagnosenstellung und Behandlung (Expertensysteme) signifikante klinisch-psychiatrische Relevanz für „objektiv“ arbeitende Computersysteme erreicht wurde. Kinder- und Jugendpsychiatrie basiert eben nicht allein auf dem Axiom des kausalgesetzlichen, mechanisch-deterministischen Ablaufs von Prozessen in der Natur („naturwissenschaftlicher Denkstil“), sondern auch auf dem Axiom der Möglichkeit des intersubjektiven Verstehens von menschlichen Lebensäußerungen durch hermeneutische Interpretation verbaler und nonverbaler Zeichen („geisteswissenschaftlicher Denkstil“) bzw. auf Jaspers‘ subjektiver Psychopathologie (Jaspers 1923, Spitzcok von Brisinski 2001).

Und: Bei allen rein naturwissenschaftlichen Ansätzen wird vernachlässigt, dass es sich beim modernen Patienten und seinen Angehörigen nicht um ‚Hörige der Evidenz basierten Medizin‘ handelt, sondern um von ihren Lebenserfahrungen und von ihrem individuellen Lebensumfeld, insbesondere aber auch medial mehr oder weniger stark beeinflusste Individuen, die u. U. einer Tagesmeldung aus Presse, Rundfunk, Fernsehen oder Internet mehr Gewicht beimessen als wissenschaftlichen Goldstandards genügenden empirischen, Evidenz basierten Ergebnissen. Da das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht mehr der autoritär-paternalistisch gekennzeichneten Rolle

des allein entscheidenden Arztes entspricht, sondern der Patient als ‚Kranker‘ in seiner ‚Kundensouveränität‘ bei der Auswahl der Leistung noch mehr als früher beteiligt ist (Spitzcok von Brisinski 2007b), spielen die unterschiedlichen subjektiven Krankheitstheorien der Patienten eine gewichtige Rolle bei der Frage, welche therapeutischen Interventionen als sinnvoll angesehen werden. Denn eine negative Erwartungshaltung des Patienten kann nicht nur die Wirkung der Intervention schmälern, sondern auch zum Abbruch der Behandlungsmaßnahme durch den Patienten bzw. die Eltern führen.

Doch nicht nur die subjektiven Krankheitstheorien der Patienten und ihrer Familien spielen eine Rolle, sondern auch die der behandelnden Ärzte sowie der Grad der Übereinstimmung. Prinz-Kaltenborn (2003), die die subjektiven Krankheitstheorien schizophrener Patienten sowie ihrer behandelnden Ärzte mittels der „Krankheitskonzept-Skala“ und dem „Fragebogen zur Erfassung der Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit“ erfasste, fand in der Zusammenhangsanalyse zwischen subjektiven Krankheitstheorien und Patienten-Compliance teils recht erstaunliche Konstellationen: Dass hohes Arzt- und Medikamentenvertrauen sich als Compliance-förderlich, dagegen die Krankheitskonzepte „Krankheitsschuld“, „idiosynkratische Annahmen“ (Abneigung gegenüber Medikamenten), „internale Kontrollüberzeugung“ und „Krankheitsanfälligkeit“ als Compliance-mindernd erwiesen, verwundert sicher nicht. Unter Einbezug der Krankheitstheorien des jeweiligen behandelnden Arztes waren einige Ergebnisse jedoch überraschend:

Als Compliance-förderlich erwiesen sich folgende Arzt-Patient-Konstellationen:

- Arzt und Patient verfügen beide über das gleiche Konzept von „Krankheitsschuld“. Das heißt, beide gehen entweder von geringer oder von hoher Krankheitsschuld aus.
- Arzt und Patient verfügen beide über geringe idiosynkratische Annahmen. Insbesondere durch die komplementäre Konstellation „Patient ist wenig internal (d. h. die Kontrollierbarkeit von Ereignissen wird überwiegend anderen, außerhalb der eigenen Person liegenden Kräften zugeschrieben) und Arzt ist hoch internal (d. h. Ereignisse werden als durch ihn selbst kontrollierbar erlebt)“ wird die Compliance positiv beeinflusst.

Folgende Arzt-Patient-Konstellationen waren dagegen Compliance-mindernd:

- Arzt und Patient sind beide hoch internal
- Arzt und Patient gehen beide von geringer Krankheitsanfälligkeit aus
- Konträre Konstellation „Patient hat niedriges Medikamentenvertrauen und Arzt hat hohes Medikamentenvertrauen“
- Konträre Konstellation „der Patient geht von hoher Krankheitsschuld aus, sein Arzt hingegen von geringer Krankheitsschuld.“

Dass der Arzt als subjektive Person einen wichtigen Anteil an Diagnostik und Therapie hat, ist nicht erst seit der Definition der Gegenübertragung bekannt und in der Facharztausbildung wird dem auch u. a. durch die vorgeschriebene Selbsterfahrung Rechnung getragen. In DSM, ICD und auch in der von Zero To Three 2005 publizierte Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, (DC: 0-3R) wird diese Dimension jedoch bisher ausgeblendet.

Was löst es in Ihnen aus, wenn Sie sich vorstellen, dass demnächst in Ihren Arztberichten im Abschnitt „Diagnosen“ auf der 7. bzw. 8. Achse MAS eine operationalisierte Beschreibung Ihrer eigenen subjektiven Krankheitstheorie verschlüsselt wird?

Ihr

Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

- Barnow, S., Herpertz, S. C., Spitzer, Y., Dudeck, M., Grabe, H. J., Freyberger, H. J.* (2006) Kategoriale versus dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. Sind dimensionale Modelle die Zukunft? *Fortschr Neurol Psychiat* 74: 706-713
- Bosch, G., Spitzcok von Brisinski, I.* (2005): Diskussion: Sprache und Autismus. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 15(2): 111-114
- De Shazer, S.* (1989) *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie.* Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- Gaebel, W.* (2006) Diskussionsbeitrag auf der DSM-V-Konferenz ‚Deconstructing Psychosis‘. Internet: <http://dsm5.org/conference5.cfm>
- Holzer, D.* (2007) Ist die Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD) tatsächlich überholt? *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 17(3):
- Jacke, B.* (2002) *Persönliche Mitteilung*
- Jaspers K.* (1923) *Allgemeine Psychopathologie*, 3. Auflage. Heidelberg: Springer
- Kraepelin E.* (1896) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.* 5. Aufl. Leipzig: Barth

- Prinz-Kaltenborn, R.* (2003) Subjektive Krankheitstheorien und Compliance in der Arzt-Patient-Beziehung. Eine Verlaufsstudie bei schizophrenen Erkrankten. Dissertation an der Universität Zürich. <http://www.dissertationen.unizh.ch/2004/prinz/PrinzDIS.pdf>
- Pukrop R.* (2006) Die Herausforderung der nosologischen Klassifikationssysteme durch dimensionale Modelle. *Fortschr Neurol Psychiat* 74: 679-680
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F.* (Hg) (2005) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 5. Aufl. Bern: Hans Huber
- Roesler, T. A., Savin, D., Grosz, C.* (1993) Family therapy of extrafamilial sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32(5): 967-970
- Silver, E.* (1996) Family therapy and soiling. *Journal of Family Therapy* 18: 415-432
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2007a) Störungen des zwanghaften Spektrums (Obsessive Compulsive Spectrum Disorders). *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 17(3):
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2007b): Editorial: Qualitätsmanagement: Der Kundenbegriff im Gesundheitswesen revised? *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 17(2): 2-6
- Spitzcok von Brisinski, I., Lüttger, F.* (2007) Familientherapie bei Enkopresis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56, 549-564
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2001) EEG und psychischer Befund. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 11(2): 49-79
- Spitzcok von Brisinski, I.* (1994) Anwendungsbeispiele computerunterstützter Techniken in Psychiatrie, Psychotherapie, Heilpädagogik und Ergotherapie des Kindes- und Jugendalters. In: *Arzt und Computer*, München, 99-106
- Spitzcok von Brisinski, I., Goldbeck, L., Latzko, G.* (1993) Computerunterstützte Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Tretter, F., Goldhorn, F.* (Hg.): *Computer in der Psychiatrie*. Heidelberg: Asanger Verlag, 177-190
- Strock, M.* (2004) Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developmental Disorders). NIH Publication No. NIH-04-5511, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD, 40 pp. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/autism.cfm>
- von Gontrad, A.* (2007) Enkopresis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56 (6), 492-510
- von Gontard, A.* (2004): Enkopresis. Erscheinungsformen - Diagnostik – Therapie. Stuttgart: Kohlhammer
- Zero To Three* (2005) Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC:0-3R. Washington, DC: National Center for Infants, Toddlers and Families

Störungen des zwanghaften Spektrums (Obsessive Compulsive Spectrum Disorders)

Ingo Spitzok von Brisinski

Zwänge zeichnen sich dadurch aus, dass sie wiederholt werden. Immer wieder und jedes Mal auf dieselbe oder eine sehr ähnliche Art. Durch diese gleichförmige Wiederholung ist die Handlung oder der Gedanke bekannt und vertraut, es entsteht Ordnung, Vertrautheit und Sicherheit.

Diese verlässliche Ordnung begleitet uns von den ersten Lebenstagen an: Das Singen von Schlafliedern ist in der ganzen Welt beliebt. Kinder hören beim Einschlafen gern Lieder, die sie schon oft gehört haben und die sie gut kennen. Veränderungen werden als unangenehm erlebt bzw. abgelehnt. Nicht das Neue ist zur Beruhigung gefragt, sondern das, was immer und immer wiederkehrt.

Da Wiederholungen Planbarkeit und Sicherheit schaffen, können sie Angst zu vertreiben. Viele Kinder halten lange an Zubettgebräuelen fest, wiederholen phasenweise immer wieder dieselben Spielabläufe oder malen immer wieder das gleiche Bild. Einige Kinder und Jugendliche sind besonders ordentlich und sauber oder sie kontrollieren mehrmals, ob sie ihre Schul-sachen vollständig dabei haben. Als Begründung finden sich nicht selten Angst vor Erkrankung durch Verunreinigungen bzw. Angst davor, in der Schule aufgrund fehlender Materialien ausgelacht und vom Lehrer ausgeschimpft zu werden oder schlechte Noten zu bekommen. Dabei sind die Befürchtungen z. T. übersteigert.

Übergänge zum Aberglauben finden sich auch im Erwachsenenalter: Man klopft auf Holz, um Unglück zu vermeiden, obwohl die Vernunft uns etwas anderes sagt. Und je öfter man auf Holz geklopft hat und nichts Schlimmes passiert, desto mehr „Sicherheit“ entsteht, dass Klopfen auf Holz tatsächlich hilft. Und umgekehrt: Je öfter man etwas Unangenehmes erlebt, ohne vorher auf Holz geklopft zu haben, desto mehr verdichtet sich die Gewissheit, dass Klopfen auf Holz hilft, Unglück abzuwenden.

Ängste und Zwänge gehören bis zu einem gewissen Ausmaß zum alltäglichen Leben, können durchaus positive Wirkung haben und die Übergänge

zur „Marotte“ bzw. behandlungsbedürftigen Störung sind fließend (Spitzzok von Brisinski, 2002).

In mehreren Kapiteln von DSM-IV-TR bzw. Abschnitten von ICD-10-Kapitel F finden sich Störungen, die, wie Zwangsstörungen, durch repetitive Gedanken oder Handlungen charakterisiert sind. Für DSM-V ist geplant, diese und weitere Störungen, die ebenfalls durch repetitive Gedanken oder Handlungen charakterisiert sind, als „Störungen des zwanghaften Spektrums“ zusammenzufassen. 2006 fand dazu die „Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference“ (<http://dsm5.org/conference10.cfm>) statt. Nach Hollander und Zohar (2006) gehören zu den „Obsessive Compulsive Spectrum Disorders“ Anankastische Persönlichkeitsstörung, Hoarding (Messi-Syndrom bzw. Vermüllungssyndrom), Tourette Syndrom und andere Ticstörungen, Chorea Sydenham und andere PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections), Trichotillomanie, Körperdysmorphie Störung, Hypochondrie, Autismus, Essstörungen, Chorea Huntington und Parkinson Syndrom, Impulskontrollstörungen (z. B. pathologisches Glücksspiel), und Substanzabhängigkeit. Von diesen Störungen wird gesagt, dass sie mit Zwangsstörungen überlappen hinsichtlich phänomenologischer Merkmale, klinischem Verlauf und Therapieerfolg. Möglicherweise haben sie eine gemeinsame pathophysiologische Basis und genetische Prädisposition. Häufig treten sie auch gemeinsam auf.

Die Canadian Medical Association benennt als Kandidaten für die Kategorie der „Obsessive Compulsive Spectrum Disorders“ Impulskontrollstörungen wie z. B. Trichotillomanie, pathologisches Glücksspiel, zwanghaftes Kaufen, Onychophagie und psychogenitische Exkoration, Somatoforme Störungen wie Körperdysmorphie Störung und Hypochondrie, Essstörungen wie z. B. Anorexia und Binge eating, Zwanghafte sexuelle Störungen, Tourette Syndrom und andere Bewegungsstörungen, schizozwangshafte Störungen, wahnhafte und schizotype Zwangsstörungen, zwanghafte Schizophrenie, einige Suchterkrankungen, die Impulsive Persönlichkeitsstörung, wiederholtes selbstverletzendes Verhalten sowie „Subsyndromale Zwangsstörung“ (ohne Beeinträchtigung bzw. Leid) und schätzt, dass etwa 10% der Allgemeinbevölkerung davon betroffen sind, allerdings oftmals nicht diagnostiziert, geleugnet bzw. verheimlicht werden (www.cma.ca/index.cfm/ci_id/12757/la_id/1.htm).

Phänomenologisch sind die Zwangsgedanken und Zwangshandlungen einer Zwangsstörung dem „Beschäftigtsein“ bei Störungen des zwanghaften Spektrums (z. B. mit dem Aussehen bei Körperdysmorpher Störung, mit

dem Gewicht bei Anorexia nervosa und mit Krankheit bei Hypochondrie) recht ähnlich (McElroy et al. 1994): störend, hartnäckig, unwiderstehlich, verbunden mit Angst und anschließend mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen.

Bisher in der Literatur nicht explizit erwähnt, aber angesichts der Vielzahl z. T. recht unterschiedlicher Störungen, für die eine Kategorisierung als „Störung des zwanghaften Spektrums“ diskutiert wird, plausibel könnte auch ADHS unter diesem Blickwinkel betrachtet werden: „Beschäftigtsein“ mit Bewegung (Spitzcok von Brisinski 2006) und „sensation seeking“ (Spitzcok von Brisinski 2001, 2003, 2007). Das Fehlen von Angst, Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen wäre kein gewichtiges Gegenargument, da deren Ausprägungen auch bei anderen Impulskontrollstörungen, die den „Störungen des zwanghaften Spektrums“ bereits zugeordnet werden, wie z. B. Trichotillomanie, nicht durchgängig deutlich sind. Das gehäufte Auftreten bestimmter komorbider Störungen wird immer wieder zum Anlass genommen, ätiologische/pathogenetische Gemeinsamkeiten zu postulieren und daraus die Zugehörigkeit zu einem gemeinsamen Spektrum abzuleiten. Auch in dieser Argumentationslinie lässt sich ADHS als „Störung des zwanghaften Spektrums“ einordnen, da gemeinsames Auftreten des hyperkinetischen Syndroms mit Zwangsstörungen (Masi et al. 2006), Anankastischer Persönlichkeitsstörung (Josephson et al. 2007), Ticstörungen (Banaschewski et al. 2007) und autistischen Störungen (Sinzig, J. & Lehmkuhl, G. 2007) beschrieben ist und das serotonerge System beteiligt zu sein scheint. Allerdings muss eingeräumt werden, dass die ADHS-Kernsymptomatik in der Regel Ich-synton ist und dass für SSRI bisher keine positive Wirkung auf ADHS beschrieben wurde. Außerdem wissen wir aus der klinischen Erfahrung, dass z. B. Fluoxetin antriebssteigernd wirken und damit Hyperaktivität verstärken kann. Aber auch für viele andere Störungen des zwanghaften Spektrums gilt, dass sie weniger deutlich Ich-dyston sind als die klassische Zwangsstörung bei Erwachsenen, weniger Angst erzeugen und oft mit einem gewissen Maß an Befriedigung verbunden sind. Der Behandlungserfolg mit SSRI bei bereits in der Literatur zugeordneten Störungen des zwanghaften Spektrums ist ebenfalls oftmals geringer als bei Zwangsstörungen und kognitive Vorläufer des beobachtbaren Verhaltens sind weniger ausgeprägt (Geller 2006).

Zwangsstörungen wie Störungen des zwanghaften Spektrums werden oft verheimlicht oder geleugnet. Depressive Verstimmungen und Ängste ebenso wie Substanzabhängigkeit sind häufig. Menschen mit Störungen des

zwanghaften Spektrums haben gehäuft zusätzlich eine Zwangsstörung und Menschen mit einer Zwangsstörung haben gehäuft zusätzlich eine oder mehrere Störungen des zwanghaften Spektrums. Familienmitglieder von Patienten mit Störungen des zwanghaften Spektrums leiden gehäuft unter einer Zwangsstörung bzw. Symptomen einer Zwangsstörung.

Bevor einige Störungen des zwanghaften Spektrums näher vorgestellt werden, sollen zunächst Merkmale von Zwangsstörungen referiert werden:

Zwangsstörung (F42, 300.3)

Hauptmerkmal sind wiederkehrende Zwangsgedanken oder -handlungen, die so schwer ausgeprägt sind, dass sie mehr als 1 Stunde am Tag benötigen und/oder ausgeprägtes Leiden oder deutliche Beeinträchtigungen verursachen.

Zwangsgedanken sind anhaltende Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die als aufdringlich und unangemessen wahrgenommen werden und ausgeprägte Angst oder Leiden verursachen. Die aufdringliche und unangemessene Qualität der Zwangsgedanken werden, zumindest zu irgendeinem Zeitpunkt, als „ich-dyston“ eingeordnet. Dies heißt, dass die Person den Inhalt der Zwangsgedanken als fremd, nicht ihrer Kontrolle unterliegend und nicht als Gedanken, die sie zu denken erwartet hätte, erlebt. Die Person kann jedoch erkennen, dass die Zwangsgedanken Produkt ihres eigenen Geistes und nicht von außen auferlegt sind (wie bei Gedankeneinbringung).

Die häufigsten Zwangsgedanken sind wiederkehrende Gedanken, sich zu kontaminieren (z. B. durch Händeschütteln infiziert oder verschmutzt zu werden), wiederkehrende Zweifel (z. B. zu überlegen, ob man etwas getan hat wie jemanden bei einem Verkehrsunfall verletzt oder eine Tür nicht abgeschlossen zu haben), das Bedürfnis, Dinge in einer ganz bestimmten Ordnung zu haben (z. B. starkes Unwohlsein, wenn Dinge ungeordnet oder asymmetrisch sind), aggressive oder schreckliche Impulse (z. B. jemanden zu verletzen oder Obszönitäten in der Kirche auszurufen) und sexuelle Vorstellungen (z. B. eine wiederkehrende pornografische Vorstellung). Die Gedanken, Impulse oder Vorstellungen sind nicht einfach nur ausgeprägte Sorgen über reale Lebensprobleme (z. B. Sorgen über derzeit vorliegende Lebensprobleme wie Geld-, Arbeits- oder Schulprobleme) und stehen in der Regel nicht mit realen Lebensproblemen in Beziehung.

Betroffene versuchen im Allgemeinen, die Gedanken oder Impulse zu ignorieren oder zu unterdrücken oder mit anderen Gedanken oder Aktivitäten (Zwangshandlungen) zu neutralisieren. Zum Beispiel versucht eine Person, die von Zweifel geplagt wird, ob sie die Tür abgeschlossen hat, diese zu neutralisieren, indem sie immer wieder prüft, ob die Tür verschlossen ist, um sich so zu beruhigen.

Zwangshandlungen sind sich wiederholende Verhaltensweisen (z. B. Händewaschen, Ordnen, Prüfen) oder geistige Handlungen (z. B. Beten, Zählen, Wörter leise wiederholen), deren Ziel es ist, Angst oder Unwohlsein zu verhindern oder zu reduzieren und nicht, Wohlbefinden oder Befriedigung hervorzurufen. In den meisten Fällen fühlt sich die Person gezwungen, die Zwangshandlung auszuführen, um das Unwohlsein, das die Zwangsgedanken begleitet, zu reduzieren oder die befürchteten Ereignisse oder Situationen zu verhindern. Zum Beispiel versuchen Betroffene mit dem Zwangsgedanken, kontaminiert zu sein, ihre psychische Belastung durch Händewaschen bis die Haut wund ist zu reduzieren; Personen, die von Zwangsgedanken, die Tür unverschlossen hinterlassen zu haben, geplagt werden, fühlen sich gezwungen, das Schloss nach wenigen Minuten wieder zu prüfen. Betroffene, die durch unerwünschte blasphemische Gedanken belastet werden, können eine Entlastung empfinden, wenn sie für jeden Gedanken hundert Mal bis 10 rückwärts und vorwärts zählen. Manchmal führen Personen nach idiosynkratisch elaborierten Regeln rigide oder stereotype Handlungen aus, ohne dabei angeben zu können, warum sie dies tun. Per Definition sind Zwangshandlungen entweder deutlich übertrieben oder stehen in keinem sinnvollen Zusammenhang zu dem, was sie zu neutralisieren oder zu verhindern versuchen. Die häufigsten Zwangshandlungen sind Waschen und Putzen, Zählen, Nachprüfen, Erbitten oder Fordern von Versicherungen, Wiederholen von Handlungen sowie Ordnen.

Per Definition erkennen Erwachsene mit Zwangsstörung zu irgendeinem Zeitpunkt, dass die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen übertrieben oder unbegründet sind (Ich-dyston). Dieses Kriterium muss bei Kindern nicht erfüllt sein, da sie möglicherweise nicht über die für diese Erkenntnis notwendigen kognitiven Voraussetzungen verfügen. Aber auch bei Erwachsenen findet sich eine große Bandbreite für das Ausmaß der Einsicht in die Begründetheit der Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen. Manche Personen sind unsicher über die Vernünftigkeit ihrer Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen und jede gegebene Einsicht einer Person kann über die Zeit und je nach Situation schwanken. Z. B. kann die betroffene

Person in einer „sicheren Situation“ (z. B. im Büro des Therapeuten) die Kontamination-Zwangsgedanken als unbegründet erkennen, aber nicht mehr, wenn sie aufgefordert wird, Geld in die Hand zu nehmen. In Zeiten, in denen die Betroffene die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen als unbegründet erkennt, wünscht sie sich oder versucht sie, ihnen zu widerstehen. Bei Versuchen, der Zwangshandlung zu widerstehen, tritt das Gefühl wachsender Angst auf oder Anspannung, die meist abnimmt, wenn der Zwangshandlung nachgegeben wird. Im Verlauf der Störung, nachdem den Zwangsgedanken oder Zwangshandlung wiederholt nicht widerstanden werden konnte, gibt die Person ihnen nach und integriert die Zwangshandlungen in die alltägliche Routine.

Ergebnisse aus Faktorenanalysen weisen darauf hin, dass die Symptome inhaltlich unterteilt werden können in die Subtypen Kontamination/Reinigen, sexuelle Zwangsinhalte, Zweifeln/Überprüfen, Suche nach Symmetrie/Ordnung, und Horten. Möglicherweise stellt auch SSRI-resistente Zwangsstörung einen Subtyp dar: bei Erwachsenen ist sie mit früherem Beginn, längerer Dauer und häufigerem Auftreten von Tics verbunden, bei Kindern mit Tics, ADHS und Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (Fineberg 2006).

Prävalenz

Bei Erwachsenen liegt die Lebenszeitprävalenz schätzungsweise bei 2,5% und bei Kindern und Jugendlichen bei 1 bis 2,3%. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die Prävalenzraten der Zwangsstörung in vielen verschiedenen Kulturen weltweit vergleichbar sind (DSM-IV-TR).

Pathogenese

Trotz der positiven Wirkung von Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern auf die Zwangssymptomatik muss ein eindeutig kausaler Zusammenhang zwischen Serotonin-Mangel und Zwangserkrankungen angezweifelt werden, da eine verminderte zerebrale Verfügbarkeit des für die Serotonin-Synthese erforderlichen Bausteins Tryptophan zwar kausal depressive, jedoch keine Zwangs-Symptome auslöst. Auch konnte bei Zwangskranken, anders als bei Depressiven, keine Erniedrigung der Liquorkonzentration des Serotonin-Metaboliten 5-Hydroxyindolessigsäure gefunden werden. Weitere Gründe, die gegen eine kausale Serotonin-Hypothese bei Zwangsstörungen sprechen, ist die im Vergleich zu reinen, potenten SSRI relativ bessere Wirksamkeit im Erwachsenenbereich des weniger selektiven Clomipramins auf Zwangssymptome sowie die fehlende Wirkung der Serotonin-Agonisten MK-212, Ipsapiron und i.v.-Gabe von L-Tryptophan auf

Zwangssymptome. Zudem liegt die Erfolgsquote von SSRI unter 50% und es sind deutliche höhere Dosen erforderlich als notwendig wären für eine vollständige Besetzung der 5-HT-Transporter in den meisten Hirnregionen. Hohe SSRI-Dosen können andere Neurotransmitter-Systeme beeinflussen wie z. B. Dopamin. Ein Beleg dafür, dass Dopamin eine wichtige Rolle spielt, ist die Möglichkeit der SSRI-Augmentation mittels atypischer Neuroleptika bei therapierefraktären Zwangsstörungen. Neuroimaging-Studien ergaben Auffälligkeiten in Hirnregionen, die dicht mit dopaminergen Terminalen ausgestattet sind, und Erhöhung der Konzentration von Dopamin im synaptischen Spalt über eine Inhibition des Reuptakes durch Bupropion verstärkt Zwangssymptome. Da Dopamin offenbar eine wichtige Rolle spielt, können einige Störungen des zwanghaften Spektrums möglicherweise am besten im konzeptuellen Rahmen nichtstoffgebundener Sucht verstanden werden (Westenberg 2006).

Dem jetzigen Kenntnisstand nach spricht viel für die Hypothese einer zentralnervösen Netzwerkstörung, innerhalb derer Serotonin und Dopamin modulatorische Funktionen einnimmt. Es wird angenommen, dass eine Überaktivierung des Regelkreises zwischen orbitofrontalem Kortex, Basalganglien und Thalamus zu inadäquater Stimulusverarbeitung und rigiden Verhaltensmustern führt. Da Zwangserkrankungen mit Defiziten im Bereich von Caudatum und Pallidum einhergehen, ist die Folge eine gesteigerte thalamokortikale Erregbarkeit. Die resultierende frontoorbitale Überaktivität bestätigte sich in funktionellen bildgebenden Verfahren durch erhöhte Perfusionsraten und Glukoseutilisation v.a. frontoorbital, aber auch in Caudatum, Striatum und Thalamus. Nach erfolgreicher Therapie normalisieren sich die Befunde.

Die Regelkreise werden von verschiedenen Neurotransmittern beeinflusst: Glutamat und (abhängig von Wirkort und quantitativer Rezeptorbindung) Dopamin wirken exzitatorisch; GABA, Dopamin-Rezeptor-Antagonisten (Neuroleptika) und Serotonin (via Glutamat-Hemmung) inhibitorisch. SSRI stellen daher einen protektiven Faktor bzgl. Überstimulation dar und Neuroleptika zeigen besonders bei Patienten mit komorbiden Bewegungsstörungen wie z. B. Tics sowie schizophreniformen Symptomen eine gute Wirksamkeit auch auf die Zwänge. Mehrere Studien zeigten auch erhöhte Liquorkonzentrationen von den an der Stressantwort beteiligten Neuropeptiden Corticotropin releasing hormone, Somatostatin und Oxytozin (Mehler-Wex & Wewetzer 2004).

Zwillingsstudien weisen auf erhöhte Konkordanzraten von Zwangsstörungen bei eineiigen Zwillingen hin. Das Risiko für Verwandte 1. Grades, ebenfalls an einer Zwangsstörung zu erkranken, wird uneinheitlich bewertet.

Vermutlich wird vorrangig eine Vulnerabilität i.S. einer anankastischen bzw. neurotischen Persönlichkeitsstruktur vererbt. Eine wichtige Rolle spielen auch Umweltfaktoren.

Molekulargenetische Untersuchungen entdeckten Variationen des MAO-A-Gens, des Katechol-O-Methyltransferase-(COMT) Gens und des 5-HT2A Promotor-Gens (Mehler-Wex & Wewetzer 2004). Wichtige Kandidaten-Gene sind 5HTTLPR und 5HT1B (Serotonin-System) sowie GRIN2B und Glutamat-Transporter (Glutamat-System). Bezogen auf Subtypen wurden 5HTTLPR und Glutamat-Transporter für Symmetrie/Ordnung sowie GABA-A-Gene und 5HTTLPR, jedoch nicht 5HT1B für die Körperdysmorphie Störung (Kennedy 2006).

Mataix-Cols (2006) berichtet über unterschiedliche, nur teilweise überlappende Aktivierungsmuster im funktionellen MRT für unterschiedliche Symptomdimensionen: Die fMRT wurden erstellt, während Patienten und Kontrollgruppe Bilder mit Beziehungen zu den verschiedenen Symptomdimensionen gezeigt wurden (z. B. ein Foto von einem Toilettensitz zur Provokation von Kontaminationssorgen). Während sowohl Patienten als auch Kontrollgruppe als Antwort auf die Symptomprovokation ähnliche Hirnregionen aktivierten, zeigten die Patienten eine stärkere Aktivierung bilateral in den ventromedialen präfrontalen Regionen (Waschen), in Putamen/Pallidum, Thalamus und dorsalen kortikalen Regionen (Überprüfen) sowie im präzentralen Gyrus links und orbitofrontalen Kortex rechts (Horten). Diese vorläufigen Ergebnisse legen nahe, dass es sich bei der Zwangsstörung nicht um eine einheitliche Entität handelt, sondern um ein Spektrum multipler überlappender Syndrome: Einige Dimensionen der Zwangsstörung scheinen eher Angststörungen zu ähneln (z. B. Waschen), andere dagegen eher neurologischen Störungen (z. B. Symmetrie/Ordnung). Horten wiederum ist schon selbst heterogen: Einige Patienten sind „zwanghaft“, andere „impulsiv“.

Diagnostik

Die Exploration von Eltern und Patient zur Abschätzung des Störungsausmaßes sollte zunächst gemeinsam, wegen des oftmals beschämenden Charakters der Symptomatik aber bald vorwiegend in getrennten Gesprächen vorgenommen werden. Fremdbeurteilungen durch Eltern und Lehrer dienen zur Erfassung der situativen Ausbreitung der Störung und Feststellung von Schwere und Sicherheit der Symptomzuordnung. Mit der Fremdanamnese können vorwiegend Zwangshandlungen und allgemeine Handlungsmerkmale wie Verlangsamung, Innehalten, Wiederholungen und Alltags-

konflikte erfasst werden, sofern der Patient nicht auch eine familiäre Vertrauensperson in einzelne Zwangsphänomene eingeweiht hat. Zur Erhebung von Zwangsgedanken und deren kognitiver und emotionaler Verwobenheit mit alltäglichen Erlebnisbereichen ist allein die Patientenexploration weiterführend (Wewetzer et al. 2007).

Standardisierte Verfahren

- Hamburger Zwangsinventar (HZI)
- Hamburger Zwangsinventar – Kurzform (HZI-K)
- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)
- Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)

Zunächst wird die aktuelle Zwangssymptomatik erfragt, beginnend mit den Zwangshandlungen, danach den Zwangsgedanken. Bei den einzelnen Symptomen sollte nach Beginn, täglicher Häufigkeit, zeitlicher Ausdehnung, begleitenden Kognitionen, auslösenden und aufrechterhaltenden Stimuli (Angst-Hierarchie), Ausmaß der vor und während der Symptombildung auftretenden Angst, Selbstkontrollversuchen, Einbindung anderer Bezugspersonen in Ritualisierungen sowie Grad der erlebten Beeinträchtigung durch das jeweilige Symptom gefragt werden.

Differentialdiagnosen

- Autistische Störungen: Stereotype Verhaltensweisen, Sonderinteressen, Rituale und Veränderungsängste
- Depressive Störungen: Gedankliche Einengung, exzessives Grübeln
- Anorexia nervosa: Gedankliche Einengung auf Essen und Figur, ritualisiertes Essverhalten und exzessive körperliche Aktivität
- Hypochondrische und körperdysmorphe Störung: Gedankliche Einengung auf körperliche Erkrankung oder Entstellung; angstbindende Verhaltensweisen wie wiederholte Arztbesuche oder exzessives Schminken
- Störungen der Impulskontrolle und der Sexualpräferenz: nicht kontrollierbarer Drang zu bestimmten Verhaltensweisen bei Trichotilomanie, Kleptomanie, pathologischem Spielen, Exhibitionismus
- Körperliche Erkrankungen und organische psychische Störungen: z.B. ziellose Aktivitäten bei Temporallappenepilepsie (iktal), postenzephalitische und hirntraumatisch bedingte Stereotypien und sprachliche Iterationen
- PANDAS und andere somatische Störungen
- Schizophrene Störungen: Wahn (objektiv falsch, nicht verstehbar,

unkorrigierbar, keine Einsicht), Ich-Störungen (Gedankeneingebung: nicht als eigen erlebt)

- Tic-Störungen: komplexe motorische Tics wie etwa Berührungen
- Zwanghafte Persönlichkeitsstörung: als Ich-synton erlebte, in störendem Ausmaß ausgeprägte Einstellungen und Verhaltensweisen wie Ordnungssinn, Pedanterie, Rigidität, Sparsamkeit

Therapie

In der Regel umfasst die Behandlung

- Aufklärung und Beratung des Kindes bzw. Jugendlichen sowie der Eltern bzw. anderer Erziehungspersonen
- Familientherapie zur Verminderung der Symptomatik und Einbindung in bestehendes Vermeidungsverhalten (Barrett et al. 2004, Welfare 1993)
- Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie
- Pharmakotherapie, wenn nichtmedikamentöse Interventionen nicht ausreichen

Der Einsatz störungsspezifischer Therapieelemente setzt eine intensive Motivierungsphase zu Beginn der Behandlung voraus. Die bei Zwangsstörungen herausragende Bedeutung der therapeutischen Beziehung erhält ihre entscheidenden Impulse bereits in den ersten Kontakten. Ziel ist die Etablierung eines Arbeitsbündnisses, in welchem zum einen die Ambivalenz des Patienten gegenüber jeglichem Interventionsversuch aufgegriffen und auf rationalem Wege zugunsten wachsender Kooperation beeinflusst, zum anderen die ständige Tendenz zur schamhaften Verheimlichung problematischer Kognitionen und Zwangshandlungen eingegrenzt wird (Wewetzer et al. 2007).

Familienzentrierte Interventionen haben als dominierende Vorgehensweise eine umso größere Bedeutung, je jünger die Patienten sind. Nur in einem solchen Setting können psychische Störungen anderer Familienmitglieder in ihrer Beziehung zur Zwangsstörung des Indexpatienten reflektiert werden, da zudem die Funktionsfähigkeit der Familie bei der Symptomkontrolle überprüft werden kann. Hier müssen auch die Grenzen vereinbart werden, innerhalb derer Toleranz gegenüber Teilen der Symptomatik geübt wird bzw. inwieweit Familienmitglieder in die Symptomatik einbezogen werden. Im Vordergrund stehen zunächst gemeinsame Reflexionen der Auswirkungen der Zwangssymptomatik auf die Familie, Erfahrungen mit bisherigen Bewältigungsversuchen sowie Gespräche über andere Probleme und Konflikte in der Familie. Das zusammengetragene Material dient der

Erarbeitung eines Krankheitskonzeptes, bei dem die Funktion der Angst als Auslöser von Zwangshandlungen und der Angstvermeidung durch Rituale deutlich wird. Ziel ist ein besseres Verständnis des inneren Zwanges, unter dem ein Patient steht, ein adäquater Umgang mit Symptomschwankungen und -veränderungen sowie ein Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen der Selbstkontrolle des Patienten. Weitere Schwerpunkte sind die kontinuierliche Beobachtung und Aufzeichnung der Symptomatik durch den Patienten, evtl. auch durch einzelne Bezugspersonen, der Aufbau von regelmäßigen, gemeinsamen familiären Aktivitäten, die durch das Auftreten von Zwangssymptomen beendet werden, sowie der direkte Umgang mit den Zwangshandlungen.

Eine Unterstützung bei der Durchführung von Zwangshandlungen sowie bei Versuchen des Patienten, symptomauslösende Situationen zu meiden, müssen in der Regel vermieden werden. Adäquate Bewältigungsbemühungen des Patienten sollen positiv verstärkt werden (Wewetzer et al. 2007). Massive Zwangsregelkreise, die sich chronifiziert haben, sind nach dem derzeitigen Stand des Wissens am besten durch eine gut fundierte Expositionstherapie angebar (Hand 2002). Parallel dazu kommt der Erarbeitung eines umfassenderen therapeutischen Kontraktes, meist unter Einbeziehung des engeren (mitbetroffenen) sozialen Netzwerkes des Klienten, eine besondere Bedeutung zu. Hier wird eine Kombination von systemischem Vorgehen mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen vielfach empfohlen (u. a. Hand 2002).

Der Aufbau einer tragfähigen und akzeptierenden Beziehung ist besonders wichtig. Es sollte nicht versucht werden, den Patienten von der Sinnlosigkeit seiner Handlungen zu überzeugen - die Patienten dies ohnehin meist. Es kann versucht werden, der Störung mit ihrer eigenen Logik zu begegnen, also die merkwürdigen Vorstellungen aktiv aufzunehmen, ernsthaft die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass an ihnen etwas dran sein könnte und nach Kontexten zu suchen, in denen sie eine sinnvolle und bedeutsame Funktion erfüllen könnten (Nardone 1997, S. 85). Daran kann sich die Umdeutung anschließen, dass es zumindest zurzeit noch nicht als passend angesehen werden könne, die zwanghaften Rituale einfach wegzuthrapieren. Stattdessen könnte vorgeschlagen werden, dass - zumindest bis zur nächsten Sitzung - die Rituale weiter ausgeführt werden, ohne Versuche, sie zu kontrollieren. Diese Neudefinition der Rituale als etwas möglicherweise Wichtigem geht oft mit einer leichten Spannungsreduktion und einer Verminderung des Symptomdrucks einher: Aus einer unbezwingba-

ren Symptomatik wird etwas, das man - zumindest vorläufig - nicht unterdrücken sollte. Auf der Basis einer tragfähigen Beziehung und einer gelückten Umdefinition des Symptoms kann dazu übergegangen werden, mit Ritualen zu arbeiten: Da die Zwangsstörung meist selbst Rituale beinhaltet, bietet es sich manchmal an, diese ebenfalls mit Ritualen anzugehen:

- Eine Strategie besteht darin, das Zwangssymptom gegen sich selbst einzusetzen: Wenn es auftritt, soll es deutlich häufiger wiederholt werden als sonst. Die Gratwanderung, dass Klienten sich durch ein solches Vorgehen gedemütigt fühlen könnten, sollte jedoch sehr sensibel gehandhabt werden.
- In einem weiteren Schritt, bei Abklingen der Symptomatik, kann im Sinne einer paradoxen Logik ein Rückfall vorausgesagt und die Zahl der Wiederholungen noch gesteigert werden.
- Ein anderes Ritual bezieht sich auf zwanghafte Gedanken: „Setzen Sie sich jeden Tag für zehn Minuten (nicht mehr und nicht weniger) hin, stellen Sie sich eine Uhr, denken Sie intensiv an Ihre Ängste, gehen Sie nach zehn Minuten ins Badezimmer, waschen sich das Gesicht und gehen Ihrer Alltagstätigkeit wieder nach!“ Mit diesem Ritual setzen sich Patienten den angstbesetzten Inhalten aus und können sich so daran gewöhnen.
- Das folgende Ritual zielt auf eine Veränderung der Wirkung des symptomatischen Verhaltens auf die Umgebung und verhilft, Ideen für eine Musterveränderung zu gewinnen: „Weisen Sie in den nächsten zehn Tagen (nicht mehr und nicht weniger) jede Hilfe in Bezug auf ihr Problem zurück, beobachten Sie, was dies auslöst und notieren Sie dies in Ihrem Tagebuch!“

Die Methode der Musterunterbrechung, auch Unterlassungsintervention, steuert explizit eine Phase von Instabilität und Fluktuation im System an. Es soll Kreativität freigesetzt werden, die zur Entwicklung von etwas Neuem erforderlich ist. Vor der Ungewissheit dieser Phase schrecken oft Klienten, aber auch Therapeuten zurück. Daher kann sie bei Zwangspatienten oft erst nach einer Phase der Entwicklung einer stabilen Beziehung eingeleitet werden. Sie wird meist mit der Ankündigung von Irritation und Veränderungen vorgestellt, die keiner voraussehen könne. Erst, wenn der Leidensdruck so groß ist, dass alle Beteiligten, vor allem der Patient, einverstanden sind, kann die Intervention umgesetzt werden. Sie besteht darin, dass die Aufgabe gegeben wird, bestimmte Handlungen zu unterlassen, die bislang tragend für das bisherige Kommunikationsmuster waren - also z. B.

nicht mehr über Zwangsgedanken zu sprechen (Schweitzer & von Schlippe 2006).

Omer (2003) schlägt ein Beratungsmodell vor, das sich nur an die Eltern wendet. Grundlage ist die Unterstützung der Eltern in einer doppelten Strategie, indem sich die Eltern explizit gegen die Zwangsstörung wenden, jedoch gleichzeitig dem Kind viele positive Beziehungssignale senden. So soll erreicht werden, dass eine Falle vermieden wird, in der die Eltern sich sehen, sich nämlich entweder dem Zwang gegenüber komplementär zu verhalten, also aufzugeben, oder symmetrisch immer mehr zu eskalieren. Eine große Rolle in diesem Zusammenhang spielen elterliche Schuldgefühle, sie führen zu einem Verlust an „elterlicher Präsenz“: Je mehr die Eltern sich anstrengen, dem Kind entgegenzukommen, desto stärker wird die Überzeugung des Kindes, dass seine Klagen der Wahrheit entsprechen. Ein Kind war sogar der Meinung, dass, wenn die Eltern sich so sehr anstrengten, ihm gegenüber ihre Versäumnisse zu büßen, ihre wirkliche Schuld noch größer sei, als es ursprünglich gemeint hatte. Der Verlust der elterlichen Präsenz zeigt sich in solchen Fällen dann darin, dass die Eltern aus schlechtem Gewissen heraus nachgeben und überzeugt sind, dass ihr Kind es nicht ertragen könnte, wenn sie sich weigerten, bei seinen Ritualen mitzumachen. Sie fürchten, dass eine Weigerung zu einem Ausbruch extremer Angst oder sogar einem Suizidversuch führen könnte.

In einem ausführlichen Beratungsprozess werden die Eltern in die Methode des gewaltlosen Widerstandes eingeführt. Dieser beinhaltet als eine zentrale Methode das Sit-in. Die Eltern setzen sich in das Zimmer des Kindes und bekunden ihren Entschluss, sich nicht mehr von den Zwangsstörungen beeinträchtigen zu lassen. Es ist in diesem Zusammenhang sehr wichtig, deutlich zu machen, dass es nicht im Interesse der Eltern liegt, das Kind zu besiegen, dass sie aber als Eltern sich verpflichtet sähen, sich dem Zwang nicht mehr zu unterwerfen. Meist ist es hier wichtig, den zu erwartenden emotionalen Sturm, mit dem das Kind erreichen will, dass die Eltern von ihrem Vorhaben ablassen (lautes Schreien, Tobsuchtsanfälle o. Ä.), mit den Eltern gut vorher durchzusprechen. Sie dürfen sich nicht in die Eskalation hineinziehen lassen (also sich im Falle eines kindlichen Angriffs nur verteidigen, nicht aber ihrerseits aggressiv werden). Im Allgemeinen sollte ein Sit-in durch soziale Unterstützung (Familienmitglieder, andere Verwandte, Paten, Freunde) abgesichert werden, die helfen, dass jegliche Eskalation seitens der Eltern unterbleibt. Diese Phase ist die wichtigste im Therapieprozess, sie kann sehr intensiv sein und Rufbereitschaft von Hilfstherapeuten (Studenten) erfordern, dauert aber in der Regel nur kurz (zwei bis drei Wochen). Parallel dazu werden dem Kind Versöhnungsangebote

(Gesten der Wertschätzung) im Sinne einer liebevollen Beziehungsdefinition gemacht - gerade hier ist es wichtig, diese nicht als Bestechungsversuch zu werten oder als solchen werten zu lassen. Wie Omer (2003) berichtet, führen all diese Maßnahmen nicht unbedingt zu einer Reduktion des zwanghaften Verhaltens, wohl aber zu einer deutlichen Verbesserung des familiären Klimas.

Auch Hand (2002) sieht oft bei Zwangsstörungen, insbesondere im Kindes- und Jugendalter oder in Familien mit erwachsenem Kind, die Gesamtfamilie als Patient. Die Einbeziehung des symptomatischen Kindes in eine oft dramatisch schlechte elterliche Beziehung kann durch eine Beratung, die auf eine Differenzierung von elterlichen und ehelichen Funktionen abzielt, abgemildert werden. Er verweist daneben auf die Bedeutung der Einbeziehung der Geschwisterrivalität in die Hypothesenbildung und in eine familienorientierte Behandlung. Geschwister halten die Familienbeziehungen oft für zerstört, sind sehr frustriert über die Familiensituation und bräuchten eigentlich selbst „Geschwister-Unterstützungsgruppen“. Er schlägt vor, bei ersten konstruktiven Anzeichen angenehme familiäre Interaktionen wieder aufzunehmen, die durch das Auftreten von Zwangssymptomatiken beendet worden waren.

Sofern nicht beratende und familienzentrierte Interventionen zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik führen, ist mit dem Kernelement der Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen, der Konfrontation des Patienten mit der gefürchteten Situation (Stimulus-Exposition) und der Verhinderung von Vermeidungsreaktionen, zu beginnen (Wewetzer et al. 2007). Die verhaltenstherapeutische Behandlung erfordert ein hohes Maß an Eigeninitiative und Kooperationsbereitschaft von Seiten des Patienten.

Grundlage der Expositionsbehandlung ist die Erstellung einer Hierarchie Angst auslösender Situationen, auf welche üblicherweise vom Patienten mit Zwangsverhalten reagiert wird. Die Exposition selbst kann abgestuft mit zunehmender Angststärke (graduierete Exposition) oder in Form einer Reizüberflutung (sofortige Konfrontation mit intensivsten Angstauslösern) erfolgen. Aufgrund der emotionalen Belastung der Patienten ist eine graduierete Exposition zu empfehlen. Eine Exposition in der Vorstellung (in sensu) ist je nach Art der Symptomatik (insbesondere Zwangsbefürchtungen mit katastrophalem Inhalt) gegenüber einer Exposition in vivo vorzuziehen; andererseits ist auch eine In-vivo-Exposition unverzichtbares Behandlungselement, insbesondere für das Einüben der Reaktionsverhinderung. Die Reaktionsverhinderung gilt den vom Patienten üblicherweise zur Angstreduktion durchgeführten Zwangshandlungen und soll sicherstellen,

dass der Patient im Verlauf der massiv belastenden Reizkonfrontation die Situation nicht verlässt. Der Patient wird instruiert, über einen festgelegten Zeitraum Handlungen, die zur Symptomatik gehören, zu unterlassen bzw. – im Falle von täglich notwendigen Verrichtungen – auf ein zeitlich begrenztes Minimum zu reduzieren. Für eine gelungene Reaktionsverhinderung im vereinbarten Rahmen sollte der Patient durch soziale oder Verhaltensverstärkung angemessen belohnt werden.

Von kognitiven Therapieverfahren profitieren besonders Patienten, die neben ihrer Zwangsstörung schwere Depressionssymptome und „überwertige Ideen“ aufweisen. Kognitive Techniken zielen in Kombination mit Expositionsbehandlungen auf die Minderung der Angst induzierenden Gedanken sowie auf die kognitive Bewertung.

Häufige kognitive Verzerrungen bei Kindern und Jugendlichen sind:

- Polarisiertes Denken (Schwarz-Weiß-Denken, Alles-oder-Nichts-Denken)
- Übergeneralisierung (ist immer so, alle sind so)
- Arbitäre Schlussfolgerung (negative Interpretationen ohne Datenbasis)
- Selektiver Filter (Betonung negativer Ereignisse, Negation positiver Erfahrungen)
- Katastrophisieren (Übertreibung negativer Ereignisse)

Folgende Techniken können angewandt werden:

- Selbstinstruktionstraining, um die Entstehung von Zwangsgedanken zu verhindern
- Bei adoleszenten Patienten mit einem Überwiegen von Zwangsgedanken gegenüber Zwangshandlungen ist zudem das Einüben von „Gedankenstopp“ zur Vermeidung kognitiver Rituale, insbesondere als Prophylaxe in Stresssituationen, möglich.
- Ein drittes Verfahren ist die kognitive Umstrukturierung der Bewertungsmuster und der gedanklichen Schlussfolgerungen des Patienten.

Pharmakotherapeutisch liegen zu Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen kontrollierte randomisierte Studien für Clomipramin, Fluoxetin, Fluvoxamin und Sertralin vor. Der Behandlungserfolg tritt u. U. erst nach mehreren Wochen auf. Ist nach 10–12 Wochen keine Besserung zu beobachten, können Wechsel der Substanz oder Kombinationsbehandlung in Betracht gezogen werden. Bei sehr schweren Zwangserkrankungen, besonders in Kombination mit Ticstörungen, kann auch die zusätzliche Gabe

eines Neuroleptikums hilfreich sein. Die Medikamente müssen langfristig eingenommen werden und bei Absetzwunsch langsam über Monate reduziert werden aufgrund des hohen Rückfallrisikos.

Einer aktuellen Übersichtsarbeit (O'Kearney 2007) nach unterscheiden sich kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie nicht signifikant in ihrer Wirksamkeit, am wirksamsten ist jedoch die kombinierte Behandlung.

Verlauf

Obwohl die Zwangsstörung üblicherweise in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter beginnt, kann sie auch in der Kindheit beginnen. Der Gipfel des Erstauftretensalters liegt zwischen 6 und 15 Jahren bei Männern und zwischen 20 und 29 Jahren bei Frauen. In den meisten Fällen ist der Beginn schleichend, aber auch ein akuter Beginn wurde in manchen Fällen beschrieben. Die Mehrzahl der Personen hat einen chronischen, schwankenden Verlauf mit Symptomverschlechterungen, die mit Belastungsfaktoren zusammenhängen können. Ungefähr 15 % zeigen eine progrediente Verschlechterung in der beruflichen und sozialen Funktionsfähigkeit. Ungefähr 5 % haben einen episodischen Verlauf mit wenigen oder keinen Symptomen zwischen den Episoden.

Obsessive Compulsive Spectrum Disorders

Der Gruppe der „Obsessive Compulsive Spectrum Disorders“ werden Störungen zugeordnet, die mit beeinträchtigter Hemmung sich wiederholender Verhaltenweisen oder Gedanken einhergehen und zahlreiche Überschneidungen zu Zwangsstörungen hinsichtlich Phänomenologie, Komorbidität, Familiengeschichte, klinischem Verlauf, Reaktion auf spezifische Behandlungsstrategien und Pharmakotherapie aufweisen (Stanley & Cohen 1999). Bei keiner dieser Störungen sind die neurobiologischen Zusammenhänge bisher vollständig geklärt, das Dopamin-System scheint jedoch eine wesentliche Rolle zu spielen. So treten Pathologisches Glücksspiel, Computerspielsucht, Hypersexualität und Kaufsucht als unerwünschte Wirkung von Dopamin-Agonisten und Levodopa bei der Behandlung von Morbus Parkinson auf (Galpern & Stacy 2007). Auch eine serotonerge Dysfunktion scheint ätiologisch eine wichtige Rolle zu spielen, und es spricht viel dafür, dass die untereinander in Wechselwirkung stehenden serotonergen, noradrenergen, dopaminergen, Opioid- und GABA-System in variierendem Ausmaß an der Entstehung von Impulsivität beteiligt sind (Hollander et al. 2003). Für Pyromanie, Kleptomanie, Trichotillomanie und Störung mit intermittierend auftretender Reizbarkeit sind Einzelfälle beschrieben, in denen sie rezidivierend im Rahmen eines prämenstruellen Syndroms auftra-

ten, was in einigen Ländern als Minderung der Schuldfähigkeit anerkannt ist. Eine Progesteron-Therapie kann zur Rückbildung der Impulskontrollstörung führen (Dalton 1980, Aboujaoude et al. 2004).

Lochner et al. (2005) untersuchten, ob die Komorbidität von Störungen des zwanghaften Spektrums bei Zwangsstörung zur Definition wichtiger Subtypen der Zwangsstörung hinsichtlich unterschiedlicher Phänomenologie und neurobiologischer Mechanismen dienen kann. Dazu wurden 210 erwachsene Patienten mit Zwangsstörung mit dem *Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Axis I Disorders-Patient Version* sowie dem *Structured Clinical Interview for Putative OCSDs* (SCID-OCSD) interviewt und 171 wurden zudem untersucht hinsichtlich Polymorphismen von Genen, die an Funktionen von Monoaminen beteiligt sind. Die Clusteranalyse ergab die drei Cluster (1) „Belohnungsmangel“ (Trichotillomanie, Tourette Syndrom, Pathologisches Glücksspiel, Zwanghaft-impulsives Sexualverhalten), (2) „Impulsivität“ (Pathologisches Kaufen, Kleptomanie, Essstörungen, Selbstverletzendes Verhalten, Intermittierende explosive Störung), und (3) „somatisch“ (Körperdysmorphophobie Störung und Hypochondrische Störung). Cluster 1 war assoziiert mit früherem Beginn der Zwangsstörung und Auftreten von Tics, Cluster 2 trat häufiger bei Frauen auf und nach emotionalem Missbrauch in der Kindheit, und Cluster 3 mit geringerer Krankheitseinsicht. Die Arbeitsgruppe fand jedoch keine Assoziation der Cluster mit Genvarianten.

Betrachtet man Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Zwangsstörungen, die im Kindesalter beginnen, und solchen, die bei Erwachsenen auftreten, kann zunächst einmal festgehalten werden, dass der klinische Phänotyp, abgesehen von einigen entwicklungsabhängigen Ausgestaltungen, bemerkenswert gleich bleibt für jedes Alter, auch wenn Zwänge in Verbindung mit Ängsten vor Verletzung und Trennung, Zwangshandlungen ohne Zwangsgedanken, sowie Rituale, die Familienmitglieder einbeziehen, bei jüngeren Betroffenen häufiger sind. Kinder mit Zwangsstörungen zeigen zudem oftmals weniger Einsicht bzgl. des Wesens ihrer Zwänge (Geller 2006), so dass die Unterscheidung einer Ich-dystonen Störung (Zwangsstörung) von einer Ich-syntonen (zwangshafte Persönlichkeitsstörung) im Kindesalter weniger durchgehalten werden kann (zudem, je nach Alters- bzw. Entwicklungsstufe, magisches Denken noch Bestandteil des allgemeinen kognitiven Denkstils sein kann). Der Erfolg medikamentöser Behandlung ist für alle Altersgruppen ähnlich, einschließlich der Notwendigkeit einer relativ hohen Dosierung.

Analysen zum Alter bei Erkrankungsbeginn bilden eine bimodale Verteilung ab mit dem ersten Häufigkeitsgipfel in der Präadoleszenz und dem zweiten im Erwachsenenalter. Während im Kindesalter häufiger Jungen betroffen sind, sind im Erwachsenenalter beide Geschlechter etwa gleich repräsentiert bzw. Frauen sind ein wenig häufiger betroffen.

Zwangsstörungen sind im Kindesalter, ähnlich wie im Erwachsenenalter, häufig von Ticstörungen, affektiven und Angststörungen begleitet, allerdings kommen außerdem noch Häufungen von ADHS, Störungen des Sozialverhaltens sowie tiefgreifenden Entwicklungsstörungen hinzu.

Zwangsstörungen treten ebenso wie Störungen des zwanghaften Spektrums familiär gehäuft auf. Ein Beginn der Zwangsstörung in der Kindheit scheint mit einem erheblich erhöhten Risiko für familiäre Transmission von Zwangsstörung, Ticstörungen und AD(H)S einherzugehen. Zumindest für die Subtypen „Symmetrie/Ordnung“, „Zwangsstörung mit Essstörung“ und „früher Beginn“ scheint als singuläres Gen mit autosomal dominanter Vererbung 9 p24 beteiligt zu sein (Nicolini 2006).

Ob als Therapieziele Verhaltensunterdrückung (Abstinenz) oder Reduzierung auf eine unproblematische Ausführung (kontrolliertes Verhalten) anzustreben sind, muss im Einzelfall anhand folgender Kriterien entschieden werden: 1. Ausmaß körperlicher Schädigung bei Fortführung des Verhaltens, 2. soziale Unerwünschtheit bzw. Strafbewehrung des Verhaltens, 3. soziale Notwendigkeit einer normalen Verhaltensaübung (z. B. Arbeitssucht), 4. Fähigkeit, das Verhalten in einer quantitativ und qualitativ unproblematischen Form in Selbstkontrolle zu überführen, und 5. motivationale Aspekte des Patienten (Bühringer 2004).

Baer (2006) untersuchte die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie auf Störungen des zwanghaften Spektrums. Exposition mit Reaktionsverhinderung ist am effektivsten bei Angst/Ekel, Vermeidungsverhalten, Wasch- und Kontrollzwängen, weniger effektiv bei Ordnungszwängen, Aberglaube, und Horten. Habit Reversal (einschließlich Selbstwahrnehmungstraining und Affektmanagement) ist am effektivsten bei stereotypen Verhaltensweisen, die nicht mit Angst verbunden sind (z. B. Haareausziehen, Tics, Hautknibbeln). Kognitive Therapie ist nur dann effektiv, wenn der Patient irrationale Begründungen mit seinen Ritualen der Zwangsgedanken verbindet (z. B. „wenn mein Gesicht nicht frei von Falten ist, bin ich hässlich“).

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5, 301.4)

Das Hauptmerkmal ist die starke Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion sowie psychischer und zwischenmenschlicher Kontrolle, auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz.

Menschen mit einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung versuchen, ihr Kontrollbedürfnis mit Hilfe sorgfältiger Beachtung von Regeln, nebensächlichen Details, Verfahrensfragen, Listen, Skalen oder Formalismen zu realisieren, und zwar in einem solchen Ausmaß, dass der eigentliche Grund für die Aktivität aus dem Blickfeld gerät. Sie sind übertrieben sorgsam und neigen zu Wiederholungen, wobei sie Details außergewöhnliche Beachtung schenken und wiederholt hinsichtlich möglicher Fehler überprüfen. Dabei übersehen sie, dass sich andere Menschen durch die mit diesem Verhalten verbundenen Verzögerungen und Unannehmlichkeiten sehr belästigt fühlen können. So wird beispielsweise ein Betroffener, der eine Liste von zu erledigenden Dingen verlegt hat, unangemessen lange nach dieser Liste suchen, statt sie kurz aus dem Gedächtnis neu zu erstellen und dann die Erledigungen durchzuführen. Zeit wird zu knapp bemessen, die wichtigsten Aufgaben werden bis zum letzten Moment verschoben. Perfektionismus und selbst auferlegte hohe Leistungsmaßstäbe verursachen in beträchtlichem Maße Funktionsbeeinträchtigungen und Leid. So können sie sich in dem Bemühen, eine Aufgabe absolut perfekt zu erledigen, so sehr in die Detailarbeit vertiefen, dass die eigentliche Arbeit nie zum Abschluss kommt. Vorgegebene Fristen werden versäumt, Aspekte des persönlichen Lebens, die nicht zum momentanen Schwerpunkt der Aktivität gehören, geraten in Unordnung.

Menschen mit einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung widmen sich gänzlich der Arbeit und Produktivität bis zur Aufgabe von Freizeitbeschäftigungen und Freundschaften. Dieses Verhalten ist nicht durch ökonomische Notwendigkeiten verursacht. Oft haben diese Menschen das Gefühl, keine Zeit zu haben, sich einen Abend oder einen Wochenendtag für einen Ausflug oder nur zur Entspannung frei zu nehmen. Sie können eine angenehme Tätigkeit, z. B. in Ferien fahren, solange vor sich herschieben, bis diese nicht mehr stattfinden kann. Wenn sie sich doch einmal Zeit für Freizeitaktivitäten oder Urlaub nehmen, fühlen sie sich sehr unbehaglich, wenn sie nicht an irgendetwas weiterarbeiten können, damit „keine Zeit verschwendet wird“. Freizeit mit Freunden läuft meist in organisierter Form ab (z. B. sportliche Betätigung). Hobbys oder Beschäftigungen mit Erholungswert werden als ernstzunehmende Aufgabe aufgefasst, deren Erfüllung sorgfältige Organisation und harte Arbeit abverlangt. Betont wird stets die perfekte Leistung. Die betroffenen Menschen verwandeln Spiel in

eine strukturierte Pflichtaufgabe (z. B. wird ein Baseball-Spiel in eine strenge „Schulstunde“ umfunktioniert).

Menschen mit einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung sind häufig außerordentlich gewissenhaft, voller Skrupel und unflexibel in bezug auf Moral- und Wertvorstellungen. Sie zwingen sich und andere Menschen zur Befolgung rigider moralischer Prinzipien und strikter Leistungsstandards. Dabei sind sie hinsichtlich eigener Fehler erbarmungslos selbstkritisch. Menschen mit dieser Persönlichkeitsstörung sind auf hartnäckige Weise autoritätsgläubig und abhängig von Regeln, und sie bestehen auf deren wortwörtlicher Befolgung, wobei es keine mildernden Umstände oder Ausnahmen gibt.

Es kommt vor, dass Menschen mit dieser Störung nicht in der Lage sind, wertlose oder abgenützte Dinge wegzuerwerfen, selbst wenn diese keinerlei Gefühlswert besitzen („Hoarding“ bzw. „Messie-Syndrom“ oder „Vermüllungssyndrom“). Sie erachten es als Verschwendung, etwas wegzuerwerfen, denn sie denken, „man weiß nie, wann man etwas noch einmal brauchen könnte“, und sie geraten außer Fassung, wenn jemand versucht, die Dinge loszuwerden, die sie aufbewahrt haben.

Menschen mit Zwanghafter Persönlichkeitsstörung delegieren ungern Aufgaben und arbeiten nur widerstrebend mit anderen Menschen zusammen. Stur und unvernünftig beharren sie darauf, dass alles auf ihre Art erledigt wird und dass andere ihren Arbeitsstil übernehmen. Oft geben sie anderen detaillierte Instruktionen zur Arbeit (z. B. über die richtige Art und Weise des Rasenmähens, des Geschirrspülers, des Hundezwingerbaus usw.), und auf kreative Verbesserungsvorschläge anderer reagieren sie überrascht und irritiert. Obwohl sie mit ihrer Arbeit in Verzug sind, lehnen sie Hilfe ab, weil es ihnen keiner recht machen kann.

Menschen mit dieser Störung sind oft geizig und knauserig und haben einen weit unter ihren finanziellen Möglichkeiten liegenden Lebensstandard, weil sie glauben, ihre Ausgaben im Hinblick auf künftige Katastrophen drastisch einschränken zu müssen. Diese Menschen sind charakterisiert durch Rigidität und Eigensinn. Sie sind so sehr beschäftigt mit dem einzig „richtigen“ Weg, die Dinge zu tun, dass es ihnen schwerfällt, die Ideen anderer mitzuverfolgen. Sie planen bis ins kleinste Detail voraus und wollen dabei von Veränderungen nichts wissen. Völlig in die eigene Sichtweise verstrickt, ist es ihnen nahezu unmöglich, die Gesichtspunkte anderer zu berücksichtigen. Freunde und Kollegen bzw. Mitschüler können durch diese durchgehende Starrheit frustriert werden. Sogar wenn Menschen mit einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung erkennen, dass Kompromisse auch in ihrem eigenen Interesse sein könnten, werden sie diese doch eigen-

sinnig zurückweisen, indem sie auf „Prinzipien“ verweisen.

Menschen mit Zwanghafter Persönlichkeitsstörung neigen zu fassungslosen oder verärgerten Reaktionen auf Situationen, in denen sie die Kontrolle über die Abläufe und Personen ihrer Umgebung nicht aufrecht erhalten können; dabei kommt die Verärgerung typischerweise nicht direkt zum Ausdruck. Beispielsweise kann sich jemand über schlechte Bedienung in einem Restaurant ärgern; doch statt sich bei der Geschäftsleitung zu beschweren, grübelt er über die Höhe des Trinkgeldes nach. Bei anderen Gelegenheiten wird Ärger über anscheinend geringfügigere Anlässe mit unangemessener Entrüstung geäußert. Menschen mit dieser Störung verfolgen mit besonderer Aufmerksamkeit ihren relativen Status bezüglich Dominanz oder Unterlegenheit in sozialen Beziehungen, und sie verhalten sich gegenüber Respektspersonen auffallend unterwürfig, leisten aber heftigen Widerstand gegen eine Autorität, die von ihnen nicht anerkannt wird. Gewöhnlich drücken Menschen mit dieser Störung ihre Empfindungen auf sehr kontrollierte oder umständlich-geschraubte Weise aus und fühlen sich in Gegenwart von gefühlsbetonten Menschen sehr unwohl. Der alltägliche Kontakt mit diesen Menschen läuft förmlich und ernst ab, und in Situationen, in denen andere lächeln und glücklich sind, verhalten sich die Betroffenen unnahbar (z. B. bei der Begrüßung eines geliebten Menschen auf dem Flughafen). Sorgsam halten sie sich zurück, bis sie hinreichend sicher sein können, dass sie sich perfekt ausdrücken werden. Sie stützen sich auf Logik und Intellekt, und affektives Verhalten anderer wird nicht toleriert. Es fällt ihnen schwer, zärtliche Gefühle auszudrücken, selten können sie anerkennende Komplimente machen. Diese Menschen erleben es oft als berufliche Schwierigkeit und Belastung, wenn sie mit neuen Situationen konfrontiert werden, die ihnen Flexibilität und Kompromißbereitschaft abverlangen

Bei Menschen mit Angststörungen, einschließlich der Generalisierten Angststörung, der Zwangsstörung, der Sozialen und Spezifischen Phobie, ist die Wahrscheinlichkeit für Persönlichkeitszüge erhöht, die die Kriterien einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung erfüllen. Dennoch scheint die Mehrzahl der Menschen mit einer Zwangsstörung kein Verhaltensmuster zu zeigen, das den Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung entspricht. Viele Merkmale der Zwanghaften Persönlichkeitsstörung überlappen sich mit den sogenannten Typ-A-Persönlichkeitszügen (starkes Eingenommensein von Arbeit, Konkurrenzstreben und Zeitdruck), die sich insbesondere bei Menschen mit erhöhtem Myokardinfarktrisiko finden. Zwischen der

Zwanghaften Persönlichkeitsstörung sowie Affektiven und Essstörungen kann ebenfalls ein Zusammenhang bestehen.

Prävalenz

Persönlichkeitsstörungen beginnen in der Kindheit und Jugend, nehmen eine lebenslange Entwicklung und manifestieren sich in typischer Form im frühen Erwachsenenalter. Kontrollierte Studien legen folgende Prävalenzschätzungen zur Zwanghaften Persönlichkeitsstörung nahe: etwa 1 % für die Normalbevölkerung, etwa 3-10 % der in psychiatrischen Kliniken gesehenen Patienten. In kontrollierten Studien wird diese Störung doppelt so oft bei männlichen Personen diagnostiziert.

70% erfüllen zusätzlich die Kriterien einer Depression (Fineberg 2006).

Diagnostik

Aufgrund des Entwicklungsaspektes einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter darf in der ICD-10 die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor Abschluss der Pubertät, d.h. vor dem 16.–17. Lebensjahr nur gestellt werden, wenn genügend Kriterien erfüllt sind und die Verhaltensmuster bereits in diesem Alter andauernd, durchgehend und situationsübergreifend auftreten. Die Stabilität der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter ist geringer als im Erwachsenenalter. ICD-10 beschreibt diese Persönlichkeitsstörung als durch Gefühle von Zweifel, Perfektionismus, übertriebener Gewissenhaftigkeit, ständigen Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Starrheit gekennzeichnet. Es können beharrliche und unerwünschte Gedanken oder Impulse auftreten, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen.

Standardisierte Verfahren

- Internationale Diagnosen Checkliste für Persönlichkeitsstörungen (IDCL-P)
- Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV)
- International Personality Disorder Examination (IPDE)
- Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)
- Leyton-Zwangssyndrom-Inventar (LOI)
- Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOC)

Differentialdiagnosen

Die Diagnose einer (ggf. zusätzlichen) Zwangsstörung sollte vor allem gestellt werden bei extremer Sammelwut bzw. Horten (wenn z. B. die Anhäu-

fungen wertloser Objekte eine erhöhte Brandgefahr darstellen und den Durchgang durch ein Haus erschweren). Liegen Kriterien für beide Störungen vor, so sollten auch beide Diagnosen gestellt werden.

Andere Persönlichkeitsstörungen können mit einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung verwechselt werden, weil bestimmte Merkmale gemeinsam vorliegen. Daher ist es wichtig, eine Unterscheidung dieser Störungen auf der Basis der charakteristischen Merkmale vorzunehmen. Wenn allerdings eine Person Persönlichkeitsmerkmale aufweist, die die Kriterien einer oder mehrerer Persönlichkeitsstörungen zusätzlich zur Zwanghaften Persönlichkeitsstörung erfüllen, dann können alle diese diagnostiziert werden. Menschen mit einer Narzisstischen Persönlichkeitsstörung können sich ebenfalls zu einem Perfektionsstreben bekennen, und andere Menschen können ihnen nichts recht machen, doch glauben diese Personen eher daran, etwas wirklich perfekt erledigt zu haben, während jene mit einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung gewöhnlich selbstkritisch sind.

Menschen mit Narzisstischer oder Antisozialer Persönlichkeitsstörung fehlt Großzügigkeit, doch sind sie sich selbst gegenüber nachsichtig, während Personen mit einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung sowohl sich selbst als auch anderen Menschen gegenüber kleinlich sind. Sowohl die Schizoide Persönlichkeitsstörung als auch die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung können charakterisiert sein durch auffälligen Formalismus und soziale Distanziertheit. Bei einer Zwanghaften Persönlichkeitsstörung rührt dies vom Unbehagen vor Gefühlen und von exzessiver Hinwendung zur Arbeit her, während im Fall der Schizoiden Persönlichkeitsstörung die Fähigkeit zu Intimität grundlegend fehlt.

Die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung muss unterschieden werden von einer Persönlichkeitsveränderung aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors, bei der die Eigenschaften auf die direkte Wirkung eines medizinischen Krankheitsfaktors auf das Zentralnervensystem zurückgehen. Desweiteren sind Symptome, die sich in Zusammenhang mit einem chronischen Substanzgebrauch entwickeln können (z. B. Nicht näher bezeichnete Störung im Zusammenhang mit Kokain), zu unterscheiden.

Zwanghafte Persönlichkeitszüge in gemäßigter Ausprägung können sehr angemessen sein, besonders in Situationen, die gute Leistung erfordern. Nur wenn diese Züge unflexibel, unangepasst und überdauernd sind und in bedeutsamer Weise funktionelle Beeinträchtigungen und subjektives Leiden verursachen, stellen sie eine Zwanghafte Persönlichkeitsstörung dar.

Diagnostische Kriterien

Die Störung zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens 4 der folgenden Kriterien müssen zutreffen:

- beschäftigt sich übermäßig mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, so daß der wesentliche Gesichtspunkt der Aktivität dabei verlorengelht,
- zeigt einen Perfektionismus, der die Aufgabenerfüllung behindert (z. B. kann ein Vorhaben nicht beendet werden, da die eigenen überstrengen Normen nicht erfüllt werden),
- verschreibt sich übermäßig der Arbeit und Produktivität unter Ausschluß von Freizeitaktivitäten und Freundschaften (nicht auf offensichtliche finanzielle Notwendigkeit zurückzuführen),
- ist übermäßig gewissenhaft, skrupulös und rigide in Fragen von Moral, Ethik und Werten (nicht auf kulturelle und religiöse Orientierung zurückzuführen),
- ist nicht in der Lage, verschlissene oder wertlose Dinge wegzuwerfen, selbst wenn sie nicht einmal Gefühlswert besitzen,
- delegiert nur widerwillig Aufgaben an andere oder arbeitet nur ungern mit anderen zusammen, wenn diese nicht genau die eigene Arbeitsweise übernehmen,
- ist geizig sich selbst und anderen gegenüber; Geld muß im Hinblick auf befürchtete künftige Katastrophen gehortet werden,
- zeigt Rigidität und Halsstarrigkeit.

Während die Zwanghaftigkeit im Rahmen der zwanghaften/anankastischen Persönlichkeitsstörung vom Betroffenen als „Ich-synton“, also als mit seiner Person vereinbar, empfunden wird, wird die symptomatische Zwangsstörung vom Betroffenen oftmals eher als „Ich-dyston“ empfunden. Allerdings haben 25-30% aller Patienten mit Zwangsstörung gleichzeitig eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung (Fineberg 2006), und ca. 20% aller Patienten mit einer Störung des zwanghaften Spektrums haben gleichzeitig eine Zwangsstörung (Mancebo et al. 2005), so dass sich „Ich-dyston“ bzw. „Ich-synton“ nicht unbedingt differentialdiagnostisch verwerten lässt.

Therapie

Die tief verwurzelten Verhaltensweisen, die in der Regel bereits über einen langen Zeitraum bestehen, können häufig nur schwer und nicht in kurzer Zeit verändert werden. Folgende Vorgehensweisen haben sich in der klinischen Praxis bewährt:

- Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Kognitive Verhaltenstherapie mit dem Ziel der Veränderung dysfunktionaler Gedankengänge und Verhaltensweisen
- Förderung der sozialen Kompetenzen durch die Einübung situationsangemessener Bewältigungsstrategien unter Einbeziehung von konkreten Regeln.
- Hilfen bei der Strukturierung des sozialen Umfelds: Durch eine Verhaltensanalyse müssen jene Bedingungen im Umfeld des Patienten eruiert werden, die im Alltag kontinuierlich zu Schwierigkeiten führen. Eine Modifikation dieser Bedingungen ist dann ein wichtiges Therapieziel.
- Medikamentöse Unterstützung der Behandlung: Diese kann entweder darin bestehen, dass eine Begleiterkrankung behandelt wird oder dass der Versuch unternommen wird, einzelne Symptome der Persönlichkeitsstörung medikamentös zu beeinflussen.

Zwanghafte Brandstiftung (F63.1, 312.33)

Die Störung ist durch häufige tatsächliche oder versuchte Brandstiftung ohne verständliches Motiv (auszuschließen sind materieller Gewinn, Rache, politischer Extremismus sowie Spurenbeseitigung nach krimineller Handlung) und durch eine anhaltende Beschäftigung der betroffenen Person mit Feuer und Brand charakterisiert. Das Verhalten ist häufig mit wachsender innerer Spannung vor der Handlung und starker Erregung sofort nach ihrer Ausführung verbunden.

Geschichte

Der Begriff „Pyromanie“ (von griech. *pyr* = Feuer, *μανία* (*mania*) = Raselei) wurde vom französischen Psychiater Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) geprägt im Rahmen des Monomaniekonzepts, was „Einzelnwahn“ bedeutet im Gegensatz zu einem umfassenden/vollständigen „Wahnsinn“. Brandstiftung wird hier als isolierte psychische Störung verstanden, bei der die übrigen psychischen Funktionen unbeeinträchtigt sind. Dieses Krankheitskonzept ist jedoch kritisch zu sehen, da die Gefahr besteht, delinquentes Verhalten in unangemessener Weise als krankhaft einzustufen (Venzlaff & Pfäfflin 2004).

Prävalenz

60% aller Brandstiftungen werden von Personen im Alter zwischen 11 und 18 Jahren begangen. Die Prävalenz im Kindes- und Jugendalter liegt zwischen 2.4% und 3.5%. Männliche Jugendliche sind häufiger betroffen als weibliche. Der Altersgipfel liegt zwischen 12 und 14 Jahren (Dell'Osso et al. 2006). Im Kindes- und Jugendalter ist Brandstiftung fast immer ein Verhaltensmerkmal der Störung des Sozialverhaltens (F91), nur in seltenen Fällen liegt eine echte Pyromanie vor. Vielfach ist der Übergang zwischen unbeabsichtigter Brandstiftung, Brandlegung im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens und der pathologischen Brandstiftung fließend (Meusers et al. 2007). Auch im Erwachsenenalter lässt sich bei der Mehrzahl der Brandstiftungen keine Pyromanie diagnostizieren. Häufig finden sich Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und mentale Retardierung, oftmals in Verbindung mit Alkoholismus. Die Angaben zur Häufigkeit von Pyromanie schwanken stark: Während in der Studie von Lewis und Yarnell (1951) unter 1145 Brandstiftern 39% die Kriterien einer Pyromanie erfüllten, fanden Lindberg et al. (2005) unter 90 forensischen Patienten, die wiederholt Brände gelegt hatten, nur 3%. Männer sind häufiger betroffen als Frauen.

Pathogenese

Brandstiftung ist in der Regel weniger ein distinktes Symptom als vielmehr eine extreme Ausprägung von Verhaltensproblemen. Es ist von einem Kontinuum zunehmend gefährlichen Verhaltens auszugehen von Kindern, die mit Streichhölzern spielen, über Brandstifter, deren Verhalten als Hilfeschrei zu verstehen ist, bis zu delinquenten und schließlich schwer gestörten Tätern.

Einige Autoren betonen die enge Verbindung von Brandstiftung und Aggression bzw. antisozialem Verhalten, aber auch mit affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen. Unter jungen Brandstiftern findet sich ein hoher Anteil von Störungen des Sozialverhaltens, desweiteren Assoziationen zwischen Brandstiftung und Schüchternheit, Aggression und Ablehnung durch Gleichaltrige. Temperament, elterliche Psychopathologie, soziale und Umweltfaktoren und neurochemische Prädispositionen werden als Ursachen angenommen (Dell'Osso et al. 2006).

Diagnostik

Häufig werden große Anspannung und Erregung vor der Tat, großes Interesse an Feuer und allem was damit zu tun hat, Freude oder Erleichterung während der Brandstiftung, Faszination von Themen, die mit Feuer und Feuerbekämpfung in Verbindung stehen, sowie unwiderstehlicher Drang

und wachsende Spannung vor dem Feuerlegen sowie Erleichterung und Zufriedenheit nach ihrer Ausführung berichtet.

Die Diagnose kann gestellt werden, wenn bewusste und vorsätzliche Brandstiftung in mehreren Fällen vorliegt und andere Diagnosen, die die Störung ebenfalls bzw. besser erklären könnten (z. B. Störung des Sozialverhaltens) ausgeschlossen wurden. Die Brandstiftungen dürfen nicht aus Wut, finanziellen Gründen, Rachegeleuten etc. gelegt worden sein.

Zusätzlich sollten Familiengespräche geführt werden, um mögliche intrafamiliäre Faktoren, die zum Feuerlegen beitragen, zu erkennen (Muller & Stebbins 2007).

Standardisierte Verfahren

- Interview zur Lebenszeitprävalenz von affektiven Störungen und Schizophrenie modifiziert zur Untersuchung von Angststörungen nach DSM-IV, übersetzt und ergänzt um Spektrumserkrankungen (SADS-LA IV)
- Minnesota Impulsive Disorders Interview (MIDI)

Differentialdiagnosen

- Antisoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)
- Hyperkinetische Störungen (F90)
- Brandstiftung im Rahmen einer akuten Schizophrenie (F20) oder Manie (F30)
- Brandstiftung bei organisch bedingten psychiatrischen Störungen (F0) oder geistiger Behinderung
- Alkoholismus, Drogen- und Medikamentenintoxikation (F1).
- Störung des Sozialverhaltens

Familiäre Risikofaktoren bei jugendlicher Brandstiftung (nach Muller und Stebbins 2007):

- Mangelnde elterliche Anleitung und Aufsicht
- Mangelndes elterliches Engagement
- Vernachlässigung
- ‚Broken Home‘
- Psychische Erkrankung der Eltern
- Traumata
- Rauchen
- Spielen mit Feuer in der Familienanamnese

Therapie und Verlauf

Psychoedukation bzgl. des Umgangs mit Feuer ist notwendiger Bestandteil jeglicher Intervention, unabhängig von Motivation und Intensität. Kontrollierte Studien zeigen die Effektivität der Kombination mit kognitiv-behavioraler Therapie (Meusers et al. 2007). Bei vielen Studien handelt es sich jedoch nicht um Pyromanie im engeren Sinne.

Kontrollierte pharmakologische Studien liegen für Patienten mit Pyromanie nicht vor, in der Behandlung komorbider Störungen kann jedoch eine medikamentöse Therapie dringend indiziert sein. Bei Vorliegen einer hyperkinetischer Störung sollte zunächst primär die hyperkinetische Störung behandelt werden.

Bestandteile der Therapie- und Präventionsprogramme sind Informationen über den sicheren Umgang mit Feuer (dabei werden oft speziell geschulte Feuerwehrleute als in der Gesellschaft anerkannte Experten für Sicherheit im Umgang mit Feuer eingesetzt), Monitoring (Dokumentation der Emotionen, die bei dem Wunsch nach Feuerlegung auftreten) sowie Elterntraining. Teils werden die Täter auch mit Brandopfern konfrontiert.

„Wiederholtes Feuermachen unter Aufsicht“ als therapeutische Technik ist umstritten und in den meisten Präventionsprogrammen nicht enthalten oder entfernt worden. Der verhaltenstherapeutischen Absicht, durch Überkorrektur, Sättigung oder Aversionstraining eine Verminderung des Rezidivrisikos zu erreichen, steht die Gefahr gegenüber, dass durch „Üben“ die Überzeugung verstärkt wird, das Feuer kontrollieren zu können, was wiederum zum „Feuermachen ohne Aufsicht“ reizt.

Oftmals ist es sinnvoll, im Rahmen der Verhaltenstherapie auch an der Verbesserung sozialer Fertigkeiten zu arbeiten und an einem angemesseneren Umgang mit Frustration einschließlich Beruhigungsstrategien für Stresssituationen.

Die Berücksichtigung der Familiendynamik und ihr Beitrag zum brandstiftenden Verhalten ist Bestandteil der meisten Präventionsprogramme. Mehrere Programme betonen, dass ein aufsuchendes Setting für die Effektivität unverzichtbar ist, da nur so der Berater bzw. Therapeut ausreichend Einsicht erhält in die familiären bzw. die zu Hause und im häuslichen Umfeld bestehenden Probleme, die möglicherweise zum Feuerlegen beitragen. Die Einbeziehung der Angehörigen bzw. Betreuer als aktive Teilnehmer in gemeinsamen mit dem Jugendlichen bzw. Heranwachsenden oder getrennt geführten Gesprächen ist integraler Bestandteil.

Eine enge Vernetzung von Familie, Gesundheitssystem, Jugendhilfe, Feuerwehr und Justiz ist erforderlich.

Für Brandstifter mit hohem Wiederholungsrisiko existieren spezielle Gruppen basierte Programme, an denen nur Brandstifter teilnehmen, für die ein juristischer Rahmen besteht. Wenn die Täter die Teilnahme vorzeitig beenden, haben sie mit juristischen Konsequenzen zu rechnen. Wichtiger Bestandteil dieser Programme ist Teamarbeit zur Entwicklung persönlicher Fertigkeiten, die den Jugendlichen bzw. Heranwachsenden helfen, sich in die Gesellschaft zu integrieren (Muller und Stebbins 2007).

Zwanghaftes Glücksspiel (F63.0, 312.31)

Zwanghaftes bzw. Pathologisches Spielen ist durch die Unfähigkeit gekennzeichnet, dem Impuls zum Glücksspiel oder Wetten zu widerstehen, und besteht in häufigem und wiederholtem episodenhaften Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Synonyme sind „Glücksspielsucht“ und „zwanghaftes Spielen“.

Geschichte

Die ersten Kartenspiele gab es in China im 12. Jahrhundert. Lotterien entstanden in Europa im Mittelalter. Königin Elizabeth I. von England begründete 1566 die erste von einer Regierung veranstaltete Lotterie. Poker wurde erstmals 1834 von Jonathan H. Green in seinem Buch „Eine Abhandlung über die Kunst und Not des Glücksspiels“ erwähnt. Ernsthaftige Spielprobleme werden in der klassischen Literatur vieler Kulturen beschrieben, z. B. im indischen Epos „Mahabharata“. Dostojewski schrieb seine Novelle „Der Spieler“ 1866, um seine Spielschulden bezahlen zu können. Es finden sich detaillierte Beschreibungen der Spielsucht, die Dostojewski aus eigener Erfahrung kannte. Kraepelin fasste bereits 1915 „Spielwut“ als „impulsives Irresein“ auf. Castellani (2000) beschreibt den Wandel Glücksspiel bezogener problematischer Verhaltensweisen in den USA vom delinquenten Verhalten zur psychischen Störung mit Schuldunfähigkeit ab 1940, bis 1980 pathologisches Spielen erstmals im DSM als Diagnose erschien.

Prävalenz

Die Störung beginnt meist in der Adoleszenz. In dieser Altersgruppe liegt die Prävalenz bei etwa 4–7%, im Erwachsenenalter bei 1-3% (Dell’Osso et

al. 2006). Queri et al. (2007) nehmen für Deutschland eine Lebenszeitprävalenz von 0,5% an. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Auch regionale und ethnische Unterschiede sind bedeutsam, so wurde z. B. für Indianer eine Lebenszeitprävalenz von 10% gefunden. Grant et al. (2005) fanden in einer allgemeinspsychiatrischen stationären Klientel eine Prävalenz von 6.9%. Die spontane Therapienachfrage ist bei pathologischen Spielern gering aufgrund von Verleugnungstendenz oder fehlender Motivation und Krankheitseinsicht (Meyer & Bachmann 2005, Queri et al. 2007).

Pathogenese

Die Entwicklung zum pathologischen Glücksspieler vollzieht sich allmählich (Tabelle 1).

„soziales“, unproblematisches Spielen	Problematisches Spielen	Pathologisches Spielen
<ul style="list-style-type: none"> • Spielen im Freundeskreis • Freizeitbeschäftigung • Geringe finanzielle Verluste • Risikoarmes Spiel • Spaß • Zeitvertreib • Gelegentlicher höherer Gewinn 	<ul style="list-style-type: none"> • Spielfrequenz steigt • Steigerung der Einsätze • Verzerrte Wahrnehmung • „Ich hole mir mein Geld zurück“ • Abschalten von bedrückenden Gedanken • Drang, Verluste auszugleichen • Vernachlässigung von Partnerschaft und Freizeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige oder episodenhafte Spielexzesse, Spielen mit steigenden Geldmengen, um erwünschte Spannung zu erzielen • Spiel als Möglichkeit, Problemen oder negativen Stimmungen (Ängsten, Depressionen, Schuldgefühlen) auszuweichen • Wiederholte erfolglose Versuche, dem Spieldrang zu widerstehen • Ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Glücksspiel (z.B. bzgl. „erfolgsversprechender“ bzw. "verbessertes" Spieltechniken, Möglichkeiten der Geldbeschaffung

		<p>für neue Glücksspiele)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geldbeschaffungsdruck • Lügen, Ausreden, Spielverhalten wird gegenüber Familienangehörigen, dem Therapeuten oder anderen verheimlicht • Konfliktvermeidung • Unruhe, Reizbarkeit, Depressivität, Suizidalität • Verschuldung, Kriminalität • Vertrauen auf andere zur Begleichung der Schulden • Fortgesetztes Spiel trotz schwerwiegender Konsequenzen wie Verarmung, Zerrüttung persönlicher Beziehungen
--	--	--

Tabelle 1: Entwicklungsverlauf zum pathologischen Spielen (ergänzt nach Konsensus-Statement Spielsucht. CliniCum psy 2/2005: 3-12)

Sehr häufig lassen sich für den Beginn der Phase des problematischen Spielens auslösende Faktoren identifizieren. Dazu gehören positive und negative Lebensereignisse wie Krankheit, Konflikte, Stress, beruflicher Misserfolg, aber auch große Anfangsgewinne. Dieses Anfängerglück vermittelt Fantasien vom schnellen und leicht erreichbaren Reichtum sowie die Illusion, besondere Fähigkeiten zu besitzen, um finanziell erfolgreich sein zu können. Im Verlauf treten typischerweise verschiedene stabilisierende Faktoren auf für das problematischen Verhalten: Neben Versuchen, finanzielle Verluste auszugleichen, und dem Verheimlichungsdruck gibt es auch glücksspielbezogene Informationsverzerrungen, die ein spezifisches Charakteristikum der Spielsucht darstellen: Festhalten an einer einmal gewählten (risikoreichen) Strategie, unrealistische Gewinnerwartungen, illu-

sionäre Kontrollüberzeugungen (Überzeugung, das Spielergebnis beeinflussen zu können), selbstwertdienliche Attributionsprozesse (Gewinne werden eigenen Fähigkeiten zugeschrieben und damit überbewertet), sowie selektives Gedächtnis (Gewinne werden kognitiv besser repräsentiert als Verluste). Untersuchungen belegen, dass Spieler außerhalb der Spielsituationen nicht weniger rational denken und handeln als Nichtspieler.

Kurze Auszahlungsintervalle, hohe Ereignisfrequenz (rasche Spielabfolge), intermittierende Verstärkung (gelegentliche Gewinne), Art des Einsatzes (Jetons statt echtem Geld) sowie Umgebungsreize wie Ton-, Licht-, Farbeffekte und die typische Casino-Atmosphäre erzeugen einen erhöhten Anreiz, das Spiel fortzusetzen. Auch die Bedeutung des Geldes spielt bei der Entwicklung der Glücksspielproblematik eine Rolle: Es vermittelt das Gefühl von Macht, Kontrolle und sozialer Anerkennung und wirkt als Gradmesser für den Selbstwert. Glücksspiel kann sowohl sedierende (Vergessen von Alltagsorgen und Unlustgefühlen) als auch stimulierend-euphorisierende Wirkung haben. Die Bedeutung der verschiedenen Faktoren und aufrechterhaltenden Bedingungen kann variieren, sowohl zwischen unterschiedlichen Spielern als auch im individuellen Entwicklungsverlauf.

Eine Unterteilung lässt sich anhand des bevorzugten Glücksspielmediums treffen:

- *Geldautomatenspieler*, die „Unterhaltungsautomaten mit Gewinnmöglichkeit“ bevorzugen;
- *Casinospieler*, d.h. vorwiegend Roulettespieler;
- *Karten- und Würfelspieler*, die illegale Glücksspielformen wie bestimmte Arten von Poker ausüben;
- *Lottosystemspieler*;
- *Geldwetter*, d.h. vorwiegend Pferdewetter;
- *sonstige Glücksspieler*, die glücksspielmäßige Formen der Börsenspekulation oder Spiele um Geld mit einem hohen Kompetenzanteil wie Schach, Backgammon oder Billard bevorzugen

Der Aufforderungscharakter dieser Glücksspiele unterscheidet sich deutlich: Es lassen sich kompetitive Glücksspiele, bei denen man im Wettbewerb gegen andere Mitspieler antritt oder die Kompetenz des Spielers bedeutsam ist, von selbstreferentiellen Glücksspielen unterscheiden, bei denen der Zufall über Gewinn oder Verlust entscheidet, so dass eine durch Kontrollillusionen bestimmte intrapsychische Auseinandersetzung stattfindet. Geldautomatenspiele zählen zu den selbstreferentiellen Glücksspielen, da ein Zufallsgenerator das Ergebnis bestimmt und keine sozialen Partner beteiligt sind. Obwohl Roulette aufgrund seines Zufallscharakters auch ei-

nen selbstreferentiellen Anteil besitzt, weist es zusätzlich durch die Mitspieler einen deutlichen Wettbewerbscharakter auf. Beim Vergleich von Roulettespielern mit Geldautomatenspielern finden sich deutliche soziodemographische Unterschiede, da es sich bei Geldautomatenspielern überwiegend um jüngere Männer handelt, die sich noch an der Schwelle zur Übernahme eines familiären und beruflichen Erwachsenenstatus befinden, während Roulettespieler meist einer mittleren Altersstufe angehören und zu Beginn ihrer Glücksspielkarriere einen höheren Sozialstatus aufweisen. Mit der spezifischen Anreizsituation von Geldspielautomaten korrespondiert ein spezifisches Bedürfnisprofil seitens der Teilnehmer: Geldautomatenspielern geht es weniger um den Geldgewinn, sondern mehr um die ‚Action‘, da sie nach einer anregenden und ablenkenden Handlungsmöglichkeit suchen, die eine vorübergehende Flucht vor Lebensproblemen erlaubt. Gleichzeitig finden sich ausgeprägte Formen des irrationalen Denkens, vor allem in Form einer Einflussnahme auf den zufallsbedingten Spielablauf. Das Geldautomatenspiel dient dazu, unangenehme Gefühle zu regulieren und erlebte Frustrationen mittels selbstwertsteigernder Fehlattritionen auszugleichen. Der Geldautomatenspieler sucht Rückzugsmöglichkeiten, um diese inneren Erlebnisprozesse allein mit dem Automaten als fiktivem Bezugspartner auszutragen. Der Roulettespieler befindet sich zwar auch in dieser inneren Auseinandersetzung mit dem Zufallsprinzip des Roulettes, das er mit irrationalen Systemdenken zu überwinden sucht, für ihn besitzt jedoch der soziale Wettbewerb Bedeutsamkeit. Das Roulettespiel ermöglicht eine spezifische Form der Selbstwertsteigerung, da der Casinospieler durch das Beherrschen sozialer Regeln neue Rollen einnehmen kann, die ihm sonst versagt sind. Im Casino besteht eine durchschaubare Welt von vorgegebenen Spielregeln, eindeutigen Spielergebnissen und sozialen Verhaltensstandards, die sich von der Konflikthaftigkeit und Uneindeutigkeit der Beziehungen in seiner realen Welt abheben. Die Bewältigung alltäglicher Frustrationen und damit verbundener dysphorischer Stimmungen erfolgt dabei weniger durch das für Geldautomatenspieler typische Ausagieren, sondern durch die rollenmäßige Distanzierung des Roulettespielers von seinen Bezugspartnern und den kontrollierten Umgang mit den eigenen Gefühlen, indem er angesichts von Gewinn oder Verlust seine innere Erregung mit äußerer „Coolness“ überspielt.

Psychodynamisch orientiertes Suchtmodell

Petry (1996) fasst in seinem triadischen Bedingungsgefüge der Glücksspielsucht die Ergebnisse des auf die Tiefenstruktur konzentrierten psychodynamischen und des auf die Oberflächenstruktur des gerichteten suchttherapeutischen Ansatzes zusammen. Pathologisches Spielverhaltens

ist aus seiner Sicht bei Vorliegen der drei Strukturmerkmale „Erregungs- und Gefühlsdysregulation“, „Selbstwertproblematik“ und „Bindungsstörung“ als Ausdruck einer Sucht anzusehen. Süchtiges Verhalten wird dabei als zielgerichtete Bewältigungsreaktion verstanden, die im Sinne einer gescheiterten Problemlösestrategie langfristig zu Defiziten in der Handlungsregulation führt. Im Gegensatz zu Zwangskranken erleben demnach Süchtige ihren Drang nicht als Ich-dyston oder leiden unter der Sinnlosigkeit ihres Verhaltens, sondern ähnlich wie Alkoholiker suchen pathologische Spieler die Betäubung von negativen Gefühlen, um der Realität zu entfliehen und leiden dabei unter einem „Nicht-Aufhören-Können“.

Kognitiv-behaviorales Modell

Nach Walters (1994a) wird eine Person, die glücksspielspezifischen Erfahrungen ausgesetzt ist und gleichzeitig eingeschränkte interne und externe Kontrollfähigkeiten aufweist, für eine spätere Glücksspielproblematik anfällig, da sie lernt, Glücksspiel als Mittel der Angstbewältigung einzusetzen. Daraus entsteht ein Informationsverarbeitungsstil, bei dem neue Erfahrungen verzerrt wahrgenommen werden, so dass sie in das bestehende kognitive Verarbeitungsschema hineinpassen. Dieser Entwicklungsprozess verfestigt sich durch Denkstile, die Rechtfertigungscharakter für eine glücksspielbezogene Lebensgestaltung besitzen.

Walters geht dabei von drei übergeordneten Bedingungsgefügen der Entstehung einer Glücksspielproblematik aus:

1. *frühere und aktuelle Lebensbedingungen als Risiko- bzw. Schutzfaktoren:* Eltern-Kind-Beziehung, Selbstwertproblematik, Wunsch nach alternativen Erlebniszuständen, aufgrund anlagemäßiger Unterschiede des inneren Erregungsgleichgewichtes verschieden starke Tendenzen zur Reizsuche
2. *Entscheidungsfähigkeit:* Glücksspieler weisen schlecht organisierte, fehlerhafte und unmittelbar am Gewinn orientierte Entscheidungsstrategien auf
3. *kognitiver Stil:* Der glücksspielerspezifische Stil zielt darauf ab, getroffene Entscheidungen zu rechtfertigen und das fragile Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Typisch sind Beschwichtigung, Abschalten, Selbstrechtfertigung, Machtorientierung, Rührseligkeit, Überoptimismus, kognitive Trägheit und Mangel an innerem Zusammenhalt des Denkens.

Aus der Interaktion dieser drei Bedingungsgefüge entstehen nach Walters typische glücksspielertypische Verhaltensstile, die wiederum individuell unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Eine äußere Fassade wird

aufrechterhalten bei gleichzeitig innerer emotionaler Distanzierung. Es erfolgt ein Realitätsausstieg, indem das Glücksspiel als einzige Form der Problembewältigung angesehen und ein Zustand einer veränderten Identität angestrebt wird. Darüber hinaus besteht eine übersteigerte Wettbewerbsorientierung, um durch das ständige In-Aktion-Sein Gefühle von Dominanz, Macht, Erregung und Euphorie zu erleben. Schließlich kommt es zu einer zunehmenden Missachtung sozialer Regeln, indem die sozialen Beziehungen einseitig, auch durch unmoralische und kriminelle Handlungsweisen, strukturiert werden.

Neurobiologisch spielt wahrscheinlich das Belohnungssystem eine Rolle, an dem u. a. Dopamin, Opioide, Serotonin, Noradrenalin, Glutamat und Gamma-Amino-Buttersäure (GABA) beteiligt sind. Die Höhe der Gewinnaussichten beim Glücksspiel korreliert mit der Aktivierung des dopaminergen Systems im Nucleus accumbens und dopaminergere Projektionen in der Amygdala und im Hypothalamus. Möglicherweise führt ein Defizit im mesolimbischen Belohnungssystem dazu, dass es (z.B. durch Glücksspiel) stimuliert werden muss, um Unlustgefühle zu vermeiden. Bis zu 2% aller Patienten, die Dopaminagonisten einnehmen, entwickeln pathologisches Spielen als unerwünschte Wirkung (Ferreri et al. 2006, Weintraub et al. 2006). Risperidon als D2- und 5-HT₂-Antagonist kann dagegen pathologisches Spielen als Folge einer Dopaminagonisten-Behandlung eines Parkinson-Syndroms zur Rückbildung bringen (Seedat et al. 2000). Molekulargenetisch fanden Comings et al. (1997) als Hinweis auf Abweichungen im dopaminergen Belohnungssystem eine Assoziation mit DRD1 Genotyp 11. Problemspieler weisen höhere Noradrenalinwerte im Plasma auf als Gelegenheitsspieler. Pathologisches Spielverhalten ist mit einem niedrigen serotonergen Tonus verbunden, was die Wirksamkeit selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) erklärt.

Diagnostik

In der frühen Phase der Suchtentwicklung und im Rahmen eines therapeutischen Erstkontaktes bestehen oft Verleugnungstendenzen. Sie sollen vor allem den durch die negativen Konsequenzen des Glücksspiels bedrohten Selbstwert zu schützen, indem z.B. die finanziellen Verluste und die damit verbundene zunehmende Verschuldung bagatellisiert werden. In der katamnестischen Erfassung des Glücksspielverhaltens findet sich jedoch eine sehr hohe Übereinstimmungsquote zwischen Selbst- und Fremdaussagen. Kernsymptome sind Impulsivität, zwanghafter Trieb zu spielen, Unterschätzung von Risiken und Risikosuche, Suchtssymptome wie Rückzug

während Spielabstinenz, bipolare Symptome wie z. B. Antriebssteigerung, Vergnügungssucht und unrealistische Einschätzung der eigenen Fähigkeiten.

Auszuschließen sind exzessives Spielen ausschließlich im Rahmen einer manischen bzw. hypomanen Episode, dissozialen Persönlichkeitsstörung. (zusätzliche dissoziale oder aggressive Handlungen und mangelnde Empathie gegenüber anderen) oder Störung des Sozialverhaltens (im Jugendalter wesentlich häufiger als pathologische Glücksspiel).

Standardisierte Verfahren:

- Composite international diagnostic interview (CIDI)
- Interview zur Lebenszeitprävalenz von affektiven Störungen und Schizophrenie modifiziert zur Untersuchung von Angststörungen nach DSM-IV (SADS-LA IV)
- Minnesota Impulsive Disorders Interview (MIDI)
- Addiction Severity Index (ASI)
- Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (KFG)
- Hamburger Glücksspielinventar (HGI)
- Fragebogen zum Problemverhalten Lotto (F-PLot)
- Fragebogen zum Problemverhalten Sportwetten (F-PS)
- South Oaks gambling screen (SOGS)
- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Pathological Gambling (PG-YBOCS)

Komorbide Störungen sind sehr häufig und bedürfen daher ergänzender Diagnostik. Dabei ist insbesondere auch auf Suizidalität zu achten. Die häufigsten komorbiden Erkrankungen sind Persönlichkeitsstörungen (42–61%), Alkoholabhängigkeit (23–73%), Drogenabhängigkeit (38%), affektive Störungen (9–50%), Angststörungen (7–41%), Anpassungsstörungen (17%) sowie Zwangsstörungen (1–20%). In der Vorgeschichte finden sich auch gehäuft Hyperkinetisches Syndrom im Kleinkind- oder frühen Schulalter, Tourette-Syndrom und Störungen des Sozialverhaltens. Neben diesen Komorbiditäten im engeren Sinn spielen zudem delinquentes Verhalten, Beziehungsstörungen und finanzielle Probleme eine wichtige Rolle. Die Störung tritt auch in Zusammenhang mit dem Tod einer wichtigen Bezugsperson, einer körperlichen Erkrankung, schulischen oder beruflichen Misserfolgen und Schwierigkeiten im sozialen Umfeld auf. Vernachlässigung, emotionaler und sexueller Missbrauch sowie körperliche Misshandlung im Kindesalter scheinen ebenfalls gehäuft aufzutreten, wobei schwerere Formen korrelieren mit frühem Beginn und schwerer Ausprägung des patho-

logischen Spielens. Die Lebenszeitprävalenz für Suizidalität liegt etwa bei 40% (Basdekis-Jozsa 2003, Dell’Osso et al. 2006, Meusers et al. 2007, Petry et al. 2005ab, Scherrer et al. 2007).

Bei den Eltern finden sich gehäuft Drogen- oder Alkoholabhängigkeit und es kann eine Häufung von pathologischen Spielern in der Familie vorliegen.

Individuumbezogene Risikofaktoren

Als Risikofaktor bei Frauen wird Depressivität angegeben, für Männer positive Familienanamnese für pathologisches Spielen, Alkoholabhängigkeit, problematisches Spielverhalten bereits im früheren Erwachsenenalter (zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr) sowie Störungen innerfamiliärer Beziehungen wie z. B. ausgeprägte Autonomiekonflikte oder Kommunikationsprobleme (Basdekis-Jozsa 2003).

Soziologische Risikofaktoren

Epidemiologische Studien zeigen zwar einen Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit von Glücksspieleinrichtungen und der Häufigkeit pathologischen Spielens (Müller-Spahn & Margraf 2003), dieser Effekt lässt sich jedoch z. B. nicht nach Eröffnung eines neuen Casinos (Jacques & Ladouceur 2006) nachweisen und gilt offenbar auch nicht für Zahlenlotto, was eine vergleichsweise hohe Spielerreichweite aufweist: „nur“ 6% der Spieler aus Beratungs- bzw. Behandlungseinrichtungen benennen Zahlenlotto als problembehaftet, Geldspielautomaten haben dagegen bei 79,3% zu Problemen geführt. Hypothesen sind z. B., dass ein langgestreckter Spielablauf ohne unmittelbare Gewinnauszahlung vorgesehen ist und demnach ausgeprägte psychotrope Wirkungen oder ein fortwährendes Abtauchen aus der Alltagsrealität kaum ermöglicht wird (Meyer & Hayer 2005). Analog zu Substanzen, die unterschiedliche Suchtpotenz besitzen, kann auch bei Glücksspielen von unterschiedlichem Gefährdungspotenzial ausgegangen werden. Daher muss einerseits das erweiterte Angebot von Glücksspielen im Internet bei gleichzeitig hohem und weiter zunehmendem Nutzungsgrad des Internets gerade durch Jugendliche und Heranwachsende als Risiko für eine Zunahme der Häufigkeit von problematischem Glücksspiel betrachtet werden, andererseits hängt das konkrete Gefährdungspotenzial von der Art des angebotenen Glücksspiels und von der Vulnerabilität der Spieler ab.

Politische Risikofaktoren

Zum Verständnis der weltweiten historischen und aktuellen Entwicklung sowie hinsichtlich der Entwicklung wirksamer Präventionsprogramme und Behandlungsstrategien spielen so unterschiedliche Perspektiven und Interessen wie die von Regierung, Glücksspielindustrie, Medien, Medizinern, Therapeuten und spezielle Interessengruppen bzw. Organisationen mit ihren jeweiligen sozialen Dynamiken eine wichtige Rolle. Seit Ende des 20. Jahrhunderts wird einer breiten Öffentlichkeit durch Satelliten- und Kabelfernsehen, insbesondere auf Sportkanälen, das Bild von Poker als Sport vermittelt. Als Ergebnis der Globalisierung von Pokervettkämpfen wurden Sponsoren und Werbung ein wichtiger Aspekt des Spiels und es kamen die Poker-Stars auf. Poker als „Sport“ wurde zum profitablen Unternehmen. Ein weiterer Faktor für die internationale Verbreitung war die Entstehung der Online Casinos. Das kommerzielle Glücksspiel zählt mit einem geschätzten Jahresumsatz von 600 Milliarden Euro zu den größten Wirtschaftszweigen in Europa. Schätzungsweise 35% der Einnahmen kommen von Spielern mit zumindest problematischem Spielverhalten (Andresen 2006). In Deutschland lagen die Umsätze 2005 bei rund 27,3 Milliarden Euro (Query et al. 2007). Die daraus gewonnenen Steuern für Länder und Gemeinden decken 1-5% des Gesamtbudgets ab bei jährlichen Wachstumsraten von 5-10%. Nur ein sehr geringer Teil dieser Einkünfte fließt in suchtpreventive Maßnahmen.

Gesetzliche Faktoren

2006 wurden einige Gesetze, die Schutz bieten sollen, ungünstig verändert: Die Zeit, die ein Spiel dauern darf, wurde von 12 auf 5 Sekunden verkürzt, was eine höhere Frequenz der Spiele zur Folge hat und somit den Spieleinsatz in der gleichen Zeit mehr als verdoppelt. Der maximale Verlust pro Stunde wurde um 33% auf 80 Euro erhöht (vorher ergab sich der maximale Verlust pro Stunde aus 0,20 Euro alle 12 Sekunden, also 60 Euro pro Stunde). Der Spieleinsatz pro Spiel darf 0,20 Euro nicht übersteigen und der Gewinn höchstens 2 Euro betragen. Die Auszahlungsquote beträgt bei Geräten neuerer Bauart ungefähr 80% (bisher: 60 %) der um die gesetzliche Umsatzsteuer verminderten Einsätze. Durch Serien oder Sonderspiele sind deutlich höhere Gewinne möglich.

Ab Anfang 2008 darf weder im Fernsehen noch im Internet Werbung für Lotterien gemacht werden. Das Bundesverfassungsgericht hat das staatliche Glücksspielmonopol nur dann für weiterhin zulässig erklärt, wenn die Länder gleichzeitig Maßnahmen zur Vorbeugung der Spielsucht treffen.

Therapie

In der Behandlung der Spielsucht sind in erster Linie psychotherapeutische und sozialtherapeutische Maßnahmen wichtig. Medikamentöse Therapie ist unter Umständen primär sinnvoll bei entsprechender Komorbidität (z.B. affektive Erkrankung) oder als zweiter Schritt bei Patienten, die nicht ausreichend auf psychotherapeutische Interventionen angesprochen haben.

Thema	Vorgehen
Lebensereignisse und Spielproblematik	Lebens- und Entwicklungsgeschichte steht im Mittelpunkt
Glücksspiel und zwischenmenschliche Beziehung	Analyse, wie Glücksspiel die sozialen Beziehungen der Betroffenen reguliert.
Glücksspiel und Emotionen	Analyse der Funktion des Glücksspiels bei der Bewältigung emotionaler Befindlichkeiten.
Glücksspiel und Kognitionen	Die sich im Verlauf der Spielproblematik ändernden Kognitionen werden thematisiert.
Verlusterlebnisse und Trauer	Analyse der symptomfreien Zeit.
Reizhunger	Der durch das Spiel angeregte Erregungszustand (Realitätsflucht) steht im Mittelpunkt.
Auf der Flucht: Wovor? Wohin?	Das Abtauchen in eine Fantasiewelt wird reflektiert.
Lebensziele und Lebenszufriedenheit	Der Zugang zu den persönlichen Ressourcen bezüglich geheimer Wünsche und Werte soll gefunden werden (Potenziale für Neuorientierung).
„Mein Leben in zehn Jahren“	Eine Zukunftsorientierung soll erfolgen.
Prävention von Risikofaktoren	Analyse wesentlicher Aspekte der Rückfallprävention

Tabelle 2: Spielsuchtspezifische Gruppentherapie (nach Konsensus-Statement Spielsucht. Clinicum psy 2/2005: 3-12)

Inhaltliche Schwerpunkte in der Therapie bilden sowohl die Spielsucht selbst als auch die Folge- und die möglicherweise länger bestehenden Hintergrundprobleme. Im Verlauf der Therapie sollen die Veränderungsmotivation aufrechterhalten und stabilisiert sowie die Ambivalenz dem Glücks-

spiel gegenüber mit seinen emotionalen, familiären, beruflichen und existenziellen Folgen und die Trauer um die vielschichtigen Verluste (verlorene Zeit, Geld, Entwicklungsmöglichkeiten, Ausbildungs- und Berufschancen, Beziehungen, die Möglichkeit der Teilnahme an der Entwicklung der Kinder u.v.m) bearbeitet werden.

Als Ziel weiterer Therapie gelten das Erreichen, Stabilisieren und Aufrechterhalten der Glücksspielabstinenz und das Erkennen der Suchtmechanismen des Glücksspiels. Die therapeutische Auseinandersetzung mit der Funktionalität des Glücksspielverhaltens und den individuellen Auslösefaktoren und Problembereichen stellt einen weiteren wesentlichen Therapieschritt dar.

In der Behandlung kommt es häufig zu Machtkämpfen („Austesten von Grenzen“), zur Infragestellung institutioneller Regeln und Beharren auf einem „Sonderstatus“. Pathologische Spieler sind sehr schnell bereit, Vereinbarungen mit Therapeuten einzugehen, die später gebrochen werden; sie neigen zu überzogenem Optimismus im Bezug auf die schnelle Wirksamkeit therapeutischer Interventionen. Forderungen und Verführungen gegenüber TherapeutInnen gehören zum Alltag, ebenso Probleme im Beziehungsaufbau. SpielerInnen spielen vor der Therapie, in der Therapie und mit den TherapeutInnen.

Kognitiv-behavioraler Behandlungsansatz

Das Behandlungskonzept von Walters (1994b) scheint sowohl zur Überwindung des symptomatischen Glücksspielverhaltens als auch zur Bearbeitung der zugrundeliegenden Grundproblematiken geeignet.

übergeordnete Behandlungsziele und daraus abgeleitete therapeutische Verfahren:

1. *Beendigung des glücksspielbezogenen Lebensstiles* als Grundlage für einen weitergehenden Veränderungsprozess: Dies betrifft den motivationalen Aspekt der individuell bestehenden ambivalenten Einstellung gegenüber dem Glücksspielen, zu deren Bearbeitung kognitive und imaginative Verfahren eingesetzt werden, um die sogenannte attributive Triade zu stärken, d.h. die Überzeugung, dass eine Veränderung notwendig, möglich und individuell erreichbar ist
2. *Entwicklung von Fähigkeiten zur Lebensbewältigung* als Werkzeuge einer Verhaltensänderung: Im Zentrum steht die Verbesserung der Gefühlsregulation, da die Rückfallforschung gezeigt hat, dass negative Gefühle als wesentliche Rückfalldeterminanten anzusehen

sind, so dass die Förderung spezifischer und allgemeiner Stressbewältigungsfertigkeiten notwendig ist

3. *Förderung von glücksspielunabhängigen Aktivitäten*, wozu neben der Entwicklung von Ersatzaktivitäten der Aufbau eines alternativen sozialen Stützsystems einschließlich einer abstinentenorientierten Nachsorge gehört

Meusers et al. (2007) nennen dazu folgende Methoden:

- Aufklärung, Zielanalyse, Motivationsklärung
- Anleitung zur Selbstbeobachtung, Protokollierung von auslösenden Situationen, begleitenden Emotionen und Kognitionen
- Klärung und Bearbeitung der Hintergrundproblematik
- Training zur Verbesserung der Stressbewältigung, des Problemlöseverhaltens und der sozialen Kompetenz
- Systematische Desensibilisierung, bei der die Entspannung mit dem Gedanken an Spielverzicht gekoppelt wird
- In-sensu- und In-vivo-Exposition (sukzessiver Ersatz anfänglich externer Kontrolle durch Selbstkontrolle)

Pharmakotherapeutische Ansätze

Zur Verringerung des Cravings waren in randomisierten kontrollierten Studien die Opiatantagonisten Naltrexon (in höherer Dosis von ca. 100 bis 200mg/Tag, cave Hepatotoxizität) und Nalmefen Placebo überlegen (Grant et al. 2006b).

Placebo-kontrollierte Studien mit SSRI führten bisher zu widersprüchlichen Ergebnissen: Während sich in Studien zu Fluvoxamin und Paroxetin, jeweils mit kleiner Fallzahl, verglichen mit Placebo ein positiver Effekt auf Craving und Spielverhalten zeigte, konnte dies in weiteren Studien mit denselben Medikamenten und größerer Fallzahl nicht bestätigt werden. Auch in einer Studie mit Sertralin ergab sich kein signifikanter Unterschied zu Placebo. Escitalopram führte bei Patienten mit pathologischem Spielen und komorbider Angststörung zu Verbesserungen hinsichtlich Spielverhalten und Angstsymptomen (Grant und Otenza 2006). Open-label trials mit positiven Effekten liegen für Citalopram sowie den Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Nefazodon und den Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer Bupropion vor (Dell’Osso et al. 2006). Andererseits scheint der Placeboeffekt beträchtlich zu sein und in einer Placebo-kontrollierten Studie ließ sich für Bupropion keine Überlegenheit darstellen (Black et al. 2007), obwohl retardiert freigesetztes Bupropion offenbar ebenso wirksam ist wie Naltrexon (Dannon et al. 2005). Vorsicht ist gebo-

ten, wenn gleichzeitig eine bipolare Störung vorliegt, da beim Einsatz von Antidepressiva eine manische Episode induziert werden kann.

Eine Pharmakotherapie komorbider Störungen kann indiziert sein. So mag bei einem Teil der Patienten die stimulierende Wirkung des Glücksspiels bei bestehender depressiver Verstimmung zu Verbesserung der Stimmung eingesetzt werden. Die erfolgreiche Therapie der Depression mit einem Antidepressivum könnte daher auch den Drang zum Glücksspiel positiv beeinflussen. In doppelblinden, placebokontrollierten Studien zu Lithium und Valproat bei Patienten mit Glücksspielsucht und bipolarer Störung zeigten sich auch Besserungen im Spielverhalten. Für das Antikonvulsivum Topiramamat liegt bisher nur eine open-label-Studie vor (Dell'Osso et al. 2006).

Die Unterscheidung von Subtypen des pathologischen Glücksspiels basierend auf klinischen Ähnlichkeiten zu anderen Störungen (z. B. Abhängigkeitskrankungen), Existenz von komorbiden Erkrankungen (z. B. bipolare Störung), oder bestimmten Verhaltensmerkmalen (z. B. Craving) kann hilfreich sein bei der Wahl der Behandlungsansätze:

Differentialtherapeutische Empfehlungen von Grant & Kim (2006)

1. Wenn der Patient über den Drang zu spielen bzw. Craving berichtet, kann ein Behandlungsversuch mit einem Opioid-Antagonisten sinnvoll sein.
2. Wenn der Patient zusätzlich unter einer Suchterkrankung leidet, kann ein Behandlungsversuch mit einem Opioid-Antagonisten sinnvoll sein.
3. Spielt der Patient aufgrund von Depression oder Angst, oder hat er zusätzlich Symptome von Depressivität oder Angst, kann ein Behandlungsversuch mit einem SSRI sinnvoll sein.
4. Spielt der Patient während hypomaner oder manischer Episoden oder hat er Symptome einer subsyndromalen (Hypo-)Manie, kann ein Behandlungsversuch mit Lithium sinnvoll sein.
5. Stets ist kognitive Verhaltenstherapie allein oder zusätzlich zu einer Medikation in Betracht zu ziehen.

Der starke Placeboeffekt in der Behandlung mit Tabletten (ca. 30 bis 70%) weist auf die Bedeutung soziotherapeutischer Maßnahmen (wie z.B. Aufbau der Motivation und Krankheitseinsicht) bei der Behandlung der Spielsucht hin. Die hohe Rate von Therapieabbrüchen (ca. 40%), die nicht allein durch Nebenwirkungen erklärbar sind, weist auf die schwankende Therapiemotivation bei Patienten mit Spielsucht hin.

Parallele sozialtherapeutische Maßnahmen wie Unterstützung beim Geldmanagement und bei der Schuldenregulierung runden das therapeutische Angebot ab und sollen helfen, konstruktive, realistische Perspektiven der existenziellen Lebensbewältigung zu entwerfen.

Da auch die Angehörigen, einerseits im Sinne einer Interaktion, andererseits auch durch die daraus entstandenen eigenen Krisen, betroffen sind, sind familientherapeutische einzel-, paar-, familien- bzw. gruppentherapeutische Interventionen und eine Angehörigenberatung und Betreuung notwendig. Wichtige ergänzende Angebote sind die Selbsthilfegruppen „Anonyme Spieler“ und „Angehörige Anonymer Spieler“ sowie als besonders niederschwelliges Angebot die Online-Beratung (z. B. unter www.spielsucht.net).

Verlauf

Der Verlauf wird von vielen Autoren als überwiegend chronisch beschrieben, neuere Studien zeigen jedoch, dass der Verlauf häufig fluktuierend ist und Spontanremissionen nicht selten sind (Queri et al. 2007).

Rechtliche Folgen

Zwar kann im Strafverfahren hinsichtlich Schuldfähigkeit das Vorliegen dieser Störung eine Rolle spielen, wenn die begangenen Straftaten der Fortsetzung des Spielens dienen. Eine erhebliche Verminderung der Steuerungsfähigkeit ist beim pathologischen Spielen jedoch nur dann gegeben, wenn die Sucht zu schwersten Persönlichkeitsveränderungen geführt oder der Täter bei Beschaffungstaten unter Entzugserscheinungen gelitten hat. Zwar kann allgemein von einer herabgesetzten Steuerungsfähigkeit bzw. Impulskontrolle ausgegangen werden. Dies ist jedoch rechtlich nicht mit einer Unzurechnungsfähigkeit im Sinne des Strafgesetzes gleichzusetzen. Komorbide Störungen im Zusammenhang mit Spielsucht, wie z.B. organisch bedingte Persönlichkeitsveränderungen, können zu einer Einschränkung des Dispositionsvermögens, selten auch bis hin zur Unzurechnungsfähigkeit, führen. Bei zusätzlich vorliegender akuter Psychose, z.B. in einer manischen Phase, oder akutem substanzbedingtem Rauschzustand kann es dagegen sein, dass die Zurechnungsfähigkeit eingeschränkt ist. In symptomfreien Intervallen bzw. leichten Residualzuständen besteht oft nur ein eingeschränktes Diskretions- und Dispositionsvermögen. In den USA (Williams et al. 2005) und Neuseeland erfüllen 20 – 30% aller Inhaftierten die Kriterien für pathologisches Spielen, aber nur ein Fünftel ist wegen

Straftaten im Zusammenhang mit pathologischem Spielen inhaftiert (Abbott et al. 2005).

Familiäre Folgen

Häufig kommt es zu schweren intrafamiliären Konflikten. Die Scheidungsrate ist hoch und es besteht ein erhöhtes Risiko für Vernachlässigung und/oder Misshandlung von Ehepartner und Kindern. Psychische Störungen einschließlich Suchterkrankungen treten bei Verwandten ersten Grades gehäuft auf (Shaw et al. 2007).

Zwanghaftes Haarausreißen bzw. Trichotillomanie (F63.3, 312.39)

Laut ICD-10 kommt es nach immer wieder misslungenem Versuch, sich gegen Impulse zum Ausreißen der Haare zu wehren, zu einem beachtlichen Haarverlust. DSM-IV-TR fordert als zwei weitere Kriterien, dass das Gefühl wachsender Spannung vor dem Ausreißen der Haare oder bei dem Versuch zu widerstehen auftritt sowie während des Ausreißen der Haare bzw. anschließend das Gefühl von Genuss, Erleichterung und/oder Befriedigung. In empirischen Studien finden sich diese zwei Kriterien bei Erwachsenen jedoch nur in 60-80% (Bohne et al. 2005, Dell’Osso et al. 2006), bei Kindern teils sogar nur bei 8% (Reeve et al. 1992). Die Diagnose soll nicht gestellt werden, wenn die Symptomatik durch eine andere psychische oder somatische Störung besser erklärt werden kann.

Geschichte

Erstmalig wurde die Trichotillomanie 1889 von dem französischen Dermatologen François Henri Hallopeau (1842–1919) als „Alopecie par grattage“ („Haarausfall durch Kratzen“) beschrieben. Das Erscheinungsbild wurde lange Zeit als schlechte Gewohnheit fehlinterpretiert. Der Begriff setzt sich aus den griechischen Wörtern *thrix* (Haar), *tillein* (rupfen) und *mania* (Raserei, Wahnsinn) zusammen. Die Störung wurde erst 1987 in DSM-III-R und 1989 in ICD-10 als eigenständiges Krankheitsbild mit spezifischen Symptomen, Begleiterscheinungen und Begleiterkrankungen aufgenommen.

Einige Patienten verschlucken die ausgerissenen Haare (Trichotillophagie). In seltenen Fällen bildet sich dadurch im Magen eine unverdauliche Zusammenklumpung (Bezoar). Das Wort „Bezoar“ entstammt dem arabischen „Bedzehr“, dem persischen „Padzahr“ oder dem hebräischen „Belu-

zaar“, was im Deutschen „Gegenmittel“ bedeutet. Bezoare sind bereits seit dem 12. Jahrhundert v. Chr. bekannt. Ihnen wurden heilende Eigenschaften zugeschrieben, sie galten als Glücksbringer und wurden in Schmuckstücke eingearbeitet (Gockel et al. 2003).

Prävalenz

Die genaue Prävalenz der Trichotillomanie ist unbekannt. Stichprobenergebnisse sprechen dafür, dass pathologisches Haarausreißen bei Jugendlichen und Erwachsenen häufiger das weibliche Geschlecht betrifft (1.5% der Männer und 3.4% der Frauen). Bei Erfüllen aller Kriterien nach DSM liegt dagegen die Lebenszeitprävalenz sowohl bei Frauen als auch bei Männern offenbar bei etwa 0.6% (Dell’Osso et al. 2006). Das mittlere Alter der Betroffenen liegt bei Beginn der Störung bei ca. 13 Jahren und fällt somit in die Zeit der Pubertät, erstmals auftreten kann die Trichotillomanie jedoch in jedem Alter. Die Dauer der Störung kann über wenige Monate bis zu mehreren Jahren anhalten. King et al. (1995b) fanden unter 17jährigen eine Lebenszeitprävalenz von 1% und eine Punktprävalenz von 0,5%.

Eine frühe Form, die vielfach vor dem sechsten Lebensjahr auftritt, meist nur wenige Monate anhält und spontan remittiert oder gut auf einfache verhaltenstherapeutische Maßnahmen anspricht, kann unterschieden werden von einer späten Form, die in der frühen Adoleszenz beginnt und zur Habitualisierung und späteren Chronifizierung neigt. Es ist unklar, ob ein Übergang von der frühen in die adoleszente Form der Trichotillomanie existiert oder ob es sich um 2 unterschiedliche Krankheitsentitäten handelt (Meusers et al. 2007).

Pathogenese

In der Literatur werden Aspekte einer Impulskontrollstörung, einer Störung aus dem Spektrum der Zwangserkrankungen sowie einer Störung mit stereotypem selbstverletzenden Verhalten diskutiert. Sowohl die erhöhte Häufigkeit von Zwangsstörungen als komorbide Störung (3–27%) als auch die erhöhte Inzidenz von Zwangsstörungen und Trichotillomanie bei Verwandten ersten Grades unterstreichen eine Verbindung zur Zwangsstörung (Dell’Osso et al. 2006).

Gershuny et al. (2006) fanden in 76% mindestens ein traumatisches Ereignis und 19% erfüllten die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung, so dass die Prävalenz offenbar höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Möglicherweise stellt für traumatisierte Individuen das Haarausreißen eine Form des Copings zur Selbstberuhigung bzw. Entspannung dar.

Hemmings et al. 2006 fanden Abweichungen beim 5-HT-2A-Rezeptor und Züchner et al. (2006) Mutationen im SLITRK1-Gen. In der Studie von Ninan et al. 1992 korrelierte der Behandlungserfolg von SSRI mit der Baseline von 5-HIAA im Liquor.

Diagnostik

Das Ausreißen kann in allen behaarten Körperregionen, auch im Schambeereich, erfolgen; am häufigsten betrifft es die Kopfhaare, Augenbrauen und Wimpern. Es kann zu umschriebenen Kahlstellen kommen, wobei unterschiedlich kurze neue Haare noch vorhanden sein können. Manche Betroffenen fühlen sich genötigt, eine Symmetrie zu wahren oder besonders geformte Haare zu entfernen. Teils werden die Haare untersucht, bevor sie weggeworfen, aufgehoben oder auch verschluckt werden. Schmerz wird beim Entfernen der Haare kaum wahrgenommen und wenn, dann wird er als angenehm empfunden oder ignoriert. Häufig entsteht ein Gefühl steigender Spannung vor dem Ausreißen der Haare. Freude, Zufriedenheit oder Erleichterung dominieren während oder nach dem Haareausreißen. Viele Patienten leugnen ihre Störung und tragen Hüte oder Perücken, um die kahlen Stellen zu verdecken. Andererseits geben viele der Betroffenen an, sich ihrer Handlung nicht bewusst zu sein, und längst nicht alle geben an, einen intensiven Drang zum Auszupfen der Haare zu verspüren. Der Vorgang spielt sich häufig während der Einschlafsituation ab, kann jedoch auch bei Ereignissen innerer psychischer Anspannung auftreten. Das Haareausreißen kann als Mittel zur Reduktion von Anspannung dienen, wird aber von manchen Betroffenen auch als anregend erlebt und kann dazu dienen, einem Leeregefühl entgegenzuwirken.

Aufgrund der typischen Anamnese, des makroskopischen sowie des histopathologischen Befunds kann die Diagnose meist eindeutig gestellt werden. In einigen Fällen wird das Vorliegen einer Trichotillomanie vom Patienten und der Familie verneint. Zur Abgrenzung von der Alopecia areata oder einer Tinea capitis ist daher in seltenen Fällen eine Biopsie erforderlich. Im Mikroskop sieht man in den betroffenen Arealen typischerweise in den Haarwurzeln und in der direkten Umgebung Blutungen mit geringen Entzündungszeichen. Dabei fallen Entzündungen sowohl im oberen Bereich der Haarwurzel als auch in den oberen Schichten der Haut auf. Regionaler Haarausfall kann auch als Nebenwirkung von Methylphenidat auftreten.

Neben der Kernsymptomatik sollte auch hinsichtlich Belastungssituationen, Trennungserlebnissen und Deprivationserfahrungen exploriert werden, da sich hieraus möglicherweise zusätzliche Therapieansätze ergeben.

Standardisierte Untersuchungsverfahren

Psychiatric Institute Trichotillomania Scale (PITS)	halbstrukturiertes Interview, das den Schweregrad der Trichotillomanie misst
Interview zur Lebenszeitprävalenz von affektiven Störungen und Schizophrenie modifiziert zur Untersuchung von Angststörungen nach DSM-IV (SADS-LA IV)	Halbstrukturiertes Interview
Structured Clinical Interview for DSM-IV for the putative obsessive-compulsive spectrum disorders (SCID-OCSD)	strukturiertes Interview
Minnesota Impulsive Disorders Interview (MIDI)	halbstrukturiertes Interview
Trichotillomanie-Beschreibungsbogen (TBB)	Fragebogen zur Analyse des symptomatischen Verhaltens
Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale (MGH-HS)	Fragebogen

Differentialdiagnosen

- Haarausreißen nach einer Hauterkrankung
- Haarausreißen als Reaktion auf Wahn oder Halluzination
- Haarezupfen oder Haaredrehen im Rahmen einer stereotypen Bewegungsstörung
- Haarausreißen im Rahmen eines Münchhausen-Syndroms
- Smith-Magenis-Syndrom
- Rett syndrome

Komorbide Störungen

- Zwangsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Angststörungen
- Affektive Störungen
- Ticstörungen

Wenn die ausgerissenen Haare verschluckt werden, kann sich im Magen ein Bezoar bilden, das unter Umständen bis in den Dünndarm reicht (Rapunzel Syndrom). Bei Trichophagie sollte daher ein Trichobezoar ultrasonographisch, radiologisch oder endoskopisch ausgeschlossen werden. Trichobezoare können Bauchschmerzen, Ileus, Blutung, Perforation mit Peritonitis, Ulkusbildung, Enteropathie mit Proteinverlust, Pankreatitis und Appendizitis verursachen. Folgeerscheinungen durch Malabsorption und Maldigestion sind chronische Diarrhoe, eventuell Steatorrhoe, Hypoproteinämie, Eisenmangelanämie und megaloblastäre Anämie sowie ein Mangel fettlöslicher Vitamine mit möglicher Blutungsneigung bei Verminderung der Gerinnungsfaktoren (Schulte-Markwort et al. 2000).

Therapie

Trichotillomanie enthält sowohl zwanghafte als auch impulsive und damit positiv verstärkte Verhaltensanteile. Das Ausreißen von Haaren wird von den Patienten selten als schmerzvoll, viel eher hingegen als lustbringend empfunden. Dieser Genuss macht es vielen Patienten schwer, darauf zu verzichten, was erhebliche Konsequenzen für die Therapiemotivation hat und im Verlauf der Therapie zu einem zentralen Problem werden kann (Neudecker & Rufer 2004).

Zur Symptomreduktion kommen kognitiv-behaviorale Therapie, Response Prevention und Habit reversal (Meusers et al. 2007) sowie Hypnose (Iglesias 2003), Hypnotherapie (Zalsman et al. 2001) und Familientherapie (Lantz et al. 1980) in Betracht. In der kontrollierten Studie von Diefenbach et al. (2006) war verhaltenstherapeutische Gruppentherapie zwar einer supportiven Gruppentherapie in der Symptombesserung überlegen, dennoch war die Rückbildung nicht ausreichend und es kam zu Rückfällen während der folgenden 6 Monate. Die Wirksamkeit der Gruppentherapie scheint der Einzeltherapie nicht überlegen. Neudecker & Rufer 2004 sehen Habit-Reversal-Training als Technik der Wahl an mit Selbstbeobachtung, Erlernen alternativer Verhaltensweisen, Exposition mit Reaktionsverhinderung, Entspannung, Verstärkung und Generalisierungstraining. Zusätzlich sollten soziale Kompetenzen gefördert und die Komorbidität berücksichtigt werden.

In zwei randomisierten kontrollierten Studien bei Erwachsenen zeigte sich Verhaltenstherapie der medikamentösen Behandlung mit Fluoxetin bzw. Clomipramin überlegen. Allerdings ließ auch der Effekt der Verhaltensthe-

rapie innerhalb von 2 Jahren deutlich nach. Patienten, die bei Beendigung der Therapie eine vollständige Remission in Bezug auf das Haarezupfen zeigten, wiesen deutlich bessere Ergebnisse nach 2 Jahren auf. Die Behandlung sollte daher unbedingt auf eine komplette Remission der Trichotillomanie abzielen (Meusers et al. 2007).

Open-Label-Studien fanden positive Effekte für Fluoxetin, Fluvoxamin, Citalopram, Escitalopram, Venlafaxin, Lithium und Naltrexon. In kontrollierten Studien war Clomipramin zwar Desipramin und Placebo überlegen, die Überlegenheit von SSRI gegenüber Placebo konnte jedoch in zwei kontrollierten Studien zu Fluoxetin nicht repliziert werden. Zudem kommt es häufig trotz Weiterführung der Therapie zu Rezidiven (Dell’Osso et al. 2006).

In der kontrollierten Studie von Dougherty et al. (2006) über 22 Wochen war die Kombination von Sertralin und Habit reversal wirksamer als jeder Ansatz für sich allein. Auch Holttum et al. (1994) waren nur mit einer Kombination aus Verhaltenstherapie und Clomipramin erfolgreich. Langzeiterfahrungen zur Kombinationsbehandlung liegen jedoch noch nicht vor.

Bei erfolgreicher Behandlung komorbider Störungen kommt es häufiger auch zu einer Rückbildung der Trichotillomanie. Einzelfälle sind beschrieben für Methylphenidat bei ADHS sowie für Imipramin, MAO-Hemmer und Fluoxetin bei Depression (Bachmann et al. 1997). Bei Haarausreißen im Rahmen anderer Erkrankungen (Schizophrenie, geistige Behinderung, Autismus) sollten diese vordringlich behandelt werden (Meusers et al. 2007).

Eine wertvolle Ergänzung des Hilfeangebots sind Selbsthilfegruppen zur Trichotillomanie (ein Verzeichnis findet sich z. B. unter www.trich.de/site/hilfe/selbsthilfe.htm).

Intermittierende explosive Störung (F63.8, 312.34)

Das Hauptmerkmal ist das Auftreten mehrerer umschriebener Episoden des Versagens, aggressiven Impulsen zu widerstehen, die zu schweren Gewalttätigkeiten oder zur Zerstörung von Eigentum führen. Das Ausmaß der Aggressivität während der Episode steht in grobem Missverhältnis zum provozierenden bzw. auslösenden psychosozialen Belastungsfaktor.

Geschichte

Das Konzept des cholерischen Temperaments findet sich bereits bei Hippokrates. Kurt Schneider konzipierte 1923 den „Explosiblen Charakter“ („...allgemein zwar angepasst und ruhig, jedoch leicht erregbar und zur spontanen Gewalttätigkeit neigend“). Die intermittierend explosive Störung wurde erstmals 1980 in DSM-III unter den Impulskontrollstörungen aufgeführt und 1989 in ICD-10 als „Störung mit intermittierend auftretender Reizbarkeit“. Davor gab es in DSM-II die „Explosible Persönlichkeit“ (Epileptoide Persönlichkeitsstörung) und in ICD-9 die „Erregbare Persönlichkeit“, die den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet waren. Die Neueinordnung in DSM-III wurde damit begründet, dass die Patienten nach den aggressiven Ausbrüchen Reue zeigen und zu Selbstvorwürfen neigen würden. Dieses Verhalten wurde als Charakteristikum für Ich-dystones Erleben gewertet, was bewusst ist und weitgehend unabhängig vom typischen Verhalten, Wahrnehmen und Fühlen.

Prävalenz

Während sich in früheren Studien nach den Diagnosekriterien von DSM-III in klinischen Populationen nur eine Häufigkeit von 1-2% fand, ergaben sich nach den Diagnosekriterien von DSM-IV für repräsentative Stichproben Lebenszeitprävalenzen von 5-11% (Coccaro et al. 2004, Dell'Osso et al. 2006, Kessler et al. 2006).

Pathogenese

Wahrscheinlich handelt es sich eher um eine heterogene Sammlung pathophysiologischer und psychologischer Bedingungen als um eine singuläre Krankheit, also um ein Syndrom, das die gemeinsame Endstrecke darstellt für mehrere Ätiologien.

Als neurobiologische Ursachen werden eine Deregulation des serotoniner-gen Systems und leichte Hirnverletzungen diskutiert. Männliche Personen sind dreimal häufiger betroffen als weibliche.

Diagnostik

Die Störung kann abrupt und ohne Prodromalphase beginnen (DSM-IV-TR). Betroffene beschreiben ihre aggressiven Impulse oft als extrem belastend. Die Störung kann zu Arbeitsplatzverlust, Schulverweis, Scheidung, Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen oder anderen Beeinträchtigungen in sozialen oder beruflichen Bezügen, zu Unfällen (z. B. mit dem Auto), Krankenhausaufenthalten (z. B. wegen im Streit oder bei Unfällen zugezogenen Verletzungen), finanziel-

len Schwierigkeiten, Inhaftierungen oder zu anderen rechtlichen Problemen führen (DSM-IV-TR).

Der Betroffene kann die aggressiven Episoden als „Anfälle“ oder „Attacken“ beschreiben, wobei dem explosiblen Verhalten ein Gefühl von Spannung oder Erregung vorangeht und ein Gefühl der Entspannung unmittelbar folgt. Später kann der Betroffene Bestürzung, Reue oder Bedauern fühlen oder sich seines aggressiven Verhaltens schämen. Manche beschreiben intensive aggressive Impulse, die ihren aggressiven Handlungen vorausgehen. Explosible Episoden können mit affektiven Symptomen (z. B. Reizbarkeit oder Wut, erhöhte Kraft, Gedankenrasen) während der aggressiven Impulse und Handlungen einhergehen und mit raschem Einsetzen von depressiver Stimmung und Müdigkeit nach den Handlungen. Einige Betroffene berichten auch, dass im Vorfeld bzw. während der aggressiven Episoden häufig Symptome wie Kribbeln, Zittern, Schwitzen, Enge im Brustraum, Kopfdruck oder Hören von Echos auftreten.

Auch zwischen den explosiblen Episoden können Anzeichen einer allgemeinen Impulsivität oder Aggressivität vorhanden sein. Manche berichten über Probleme mit chronischer Wut und häufigen unterschwellig verlaufenden Episoden, in denen sie aggressive Impulse erleben, es jedoch entweder schaffen, diesen zu widerstehen oder sich mit weniger destruktiven aggressiven Verhaltensweisen abzulenken (z. B. schreien oder gegen eine Wand schlagen, ohne diese zu beschädigen).

Differentialdiagnosen

Die Diagnose sollte erst erwogen werden, nachdem alle anderen Störungen, die mit aggressiven Impulsen oder aggressivem Verhalten einhergehen, ausgeschlossen worden sind. So z. B. ADHS durch die bei manchen Patienten stark ausgeprägte Abhängigkeit der Kernsymptomatik von aktueller Situation (Spitzcok von Brisinski 2007) und zeitlichen Verläufen (Spitzcok von Brisinski 2003) einen intermittierenden Verlauf vortäuschen. Die Diagnose Intermittierende explosible Störung wird nicht gestellt, wenn das aggressive Verhalten ausschließlich im Verlauf eines Delirs auftritt oder sich im Rahmen einer Demenz entwickelt. Die Intermittierende explosible Störung sollte unterschieden werden von einer Persönlichkeitsveränderung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Schädelhirntrauma, Demenz). In seltenen Fällen können auch bei Epilepsien, insbesondere mit frontalem und temporalem Herd (komplex partiale Epilepsie), Episoden von Gewalttätigkeit auftreten. „Weiche“ neurologische Zeichen und unspezifische EEG-

Veränderungen sind jedoch mit einer Intermittierenden explosiblen Störung vereinbar. Aggressive Ausbrüche können auch in Verbindung mit Substanzintoxikation oder Substanzentzug auftreten, insbesondere bei Alkohol, Phencyclidin, Kokain und anderen Stimulantien, Barbituraten und Inhalantien.

Die Intermittierende explosive Störung sollte von aggressivem oder unberechenbarem Verhalten unterschieden werden, das bei einer Störung des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Antisozialer Persönlichkeitsstörung, Borderline Persönlichkeitsstörung, einer Manischen Episode oder Schizophrenie auftreten kann. Wenn das aggressive Verhalten besser als diagnostisches oder Nebenmerkmal einer anderen psychischen Störung erklärt werden kann, wird die Diagnose einer Intermittierenden explosiblen Störung nicht gestellt. Allerdings kann aggressive Impulsivität bei Antisozialer Persönlichkeitsstörung und Borderline Persönlichkeitsstörung besondere klinische Bedeutsamkeit haben, in diesen Fällen sollten beide Diagnosen gestellt werden (DSM-IV-TR).

Betroffene mit narzißtischen, zwanghaften, paranoiden oder schizoiden Zügen können besonders anfällig für explosive Zornesausbrüche sein, wenn sie unter Belastung stehen (DSM-IV-TR). Einige Patienten, die zusätzlich zur intermittierend auftretenden Reizbarkeit auch unter einer bipolaren Störung leiden, haben auch Impulsdurchbrüche außerhalb manischer und hypomaner Phasen (Kessler et al. 2006). Insgesamt fanden Kessler et al. (2006) bei 81.8% der Betroffenen zusätzlich zur intermittierend auftretenden Reizbarkeit mindestens eine der folgenden Störungen: affektive Störungen, Angststörungen, Suchterkrankungen, Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen. Aber auch Zwangsstörungen (Dell'Osso et al. 2006) und Essstörungen (DSM-IV-TR) treten gehäuft auf. Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Borderline Persönlichkeitsstörung und nichtaffektive Psychosen sind dagegen kaum als komorbide Störung bei intermittierend auftretender Reizbarkeit anzutreffen (Coccaro et al. 2004, Kessler et al. 2006).

Familiäres Verteilungsmuster: Affektive Störungen, Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, die Intermittierende explosive Störung und andere Störungen der Impulskontrolle können bei Verwandten ersten Grades von Personen mit Intermittierender explosibler Störung häufiger auftreten als in der Allgemeinbevölkerung (DSM-IV-TR).

Standardisierte Untersuchungsverfahren:

- composite international diagnostic interview (CIDI)
- Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR for the putative obsessive-compulsive spectrum disorders (SCID-OCSD)
- Minnesota Impulsive Disorders Interview (MIDI)

Therapie und Verlauf

Bzgl. der Behandlung aggressiver Patienten sind in der Literatur zahlreiche wirksame Ansätze beschrieben. Kontrollierte Studien liegen zu kognitiver Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Familientherapie, Trainings sozialer Fertigkeiten, Phasenprophylaktika, Phenytoin, SSRI, β -Blocker und Neuroleptika vor (Dell'Osso et al. 2006). Die Beurteilung der Wirksamkeit spezifischer Therapieansätze bei intermittierend auftretender Reizbarkeit ist jedoch deutlich erschwert aufgrund folgender Aspekte:

1. Der Verlauf ist unterschiedlich, in einigen Fällen chronisch, in anderen Fällen episodisch.
2. Die Angaben zur Häufigkeit der aggressiven Durchbrüche schwanken in der Literatur zwischen „mindestens 3 innerhalb von Jahren“ (Kessler et al. 2006) und „durchschnittlich 2 Episoden pro Woche“ (Hollander et al. 2003). Ergebnisse aus Studien mit kurzem Beobachtungszeitraum sind daher mit Vorsicht zu bewerten.
3. Die in Literaturübersichten zur Störung mit intermittierend auftretender Reizbarkeit genannten Studienergebnisse beziehen sich oftmals auf aggressives Verhalten allgemein bzw. auf andere psychische Störungen, bei denen es zu aggressiven Durchbrüchen kommt, wie z. B. Störungen des Sozialverhaltens oder Persönlichkeitsstörungen. Die Wirksamkeit bei anderen psychischen Störungen kann aber nicht allgemein als Beleg für eine Wirksamkeit bei der Störung mit intermittierend auftretender Reizbarkeit gelten: So fanden Hollander et al. (2003) eine Placebo überlegene Wirksamkeit von Valproat bei Persönlichkeitsstörungen, jedoch nicht bei der Störung mit intermittierend auftretender Reizbarkeit.
4. Der Placeboeffekt ist offenbar sehr stark, so lag er z. B. in der randomisierten, Placebo kontrollierten Studie von Hollander et al. (2003) bei 69%. Alle Ergebnisse aus Open-Label-Studien sind daher mit Zurückhaltung zu bewerten.

Explizit auf die Therapie der intermittierend auftretenden Reizbarkeit bezogen liegen bisher nur zwei Studien vor: die bereits oben erwähnte ran-

domisierte, Placebo kontrollierte Studie von Hollander et al. (2003), in der Valproat nicht wirksamer als Placebo war, und eine retrospektive Analyse für Clozapin (Kant et al. 2004). Im Vergleich zum jeweils zuvor eingesetzten Neuroleptikum konnte unter Clozapin die Zusatzmedikation (Phasenprophylaktika, Antidepressiva, Anxiolytika) signifikant gesenkt werden.

Verlauf

Die Störung beginnt meist in der Kindheit oder Adoleszenz, erreicht ihre stärkste Ausprägung meist zwischen dem 21. und 29. Lebensjahr und nimmt nach dem fünften Lebensjahrzehnt kontinuierlich ab (Coccaro et al. 2004, Kessler et al. 2006).

Zwanghafter Internet-Gebrauch

Als zwanghafter bzw. pathologischer Internet-Gebrauch oder Internet-Sucht wird unkontrollierbare und schädliche Nutzung des Internets bezeichnet, die viel Zeit in Anspruch nimmt und persönliches Leiden verursacht (vor allen Dingen durch den erlebten Kontrollverlust) sowie zu zwischenmenschlichen, finanziellen und/oder beruflichen Problemen führt (Dell'Osso et al. 2006).

Geschichte

1969 begannen die Vorbereitungen für das ARPANET, ein Netzwerk, das verschiedene Netze des US-Verteidigungsministeriums untereinander verband. 1972 wurde das erste E-Mail-Programm entwickelt. 1987 entstand der Begriff "Internet", mittlerweile waren 27000 Rechner vernetzt. 1990 wurde ARPANET aufgegeben und das Militär zog sich zurück. Das Internet breitete sich zunächst in einem wissenschaftlichen Rahmen über die Universitäten aus. 1994 überstieg die Zahl der kommerziellen Nutzer des Internets erstmals die der wissenschaftlichen Nutzer. Zu diesem Zeitpunkt gab es ca. 3 Millionen Internet-Rechner (Spitzcok von Brisinski 2000). Mittlerweile gibt es über 5 Milliarden Internet-Seiten.

Das Konzept der Internet-Abhängigkeit bzw. des pathologischen Gebrauchs des Internets bzw. Computers fand 1995 erstmals Eingang in ein medizinisches Wörterbuch. Da es sich bei der Internetsucht um ein relativ neues Phänomen handelt, existieren bisher keine allgemein akzeptierten Kriterien zur Diagnose von Internetsucht. Um Kriterien zur Erfassung der Internetsucht zu formulieren, orientieren sich verschiedene Autoren sowohl an den Kriterien der Spielsucht nach DSM-IV (Young, 1996) als auch an

der substanzungebundenen Sucht nach DSM-IV (Griffith, 1999) oder an den Kriterien der substanzgebundenen Sucht (Scherer, 1997; Brenner, 1997).

Prävalenz

Die Prävalenz für Internet- bzw. Computerabhängigkeit ist bisher unbekannt (Basdekis-Jozsa 2003), die bisher publizierten Zahlen beziehen sich in der Regel auf eine hoch selektierte Internet-Inanspruchnahmepopulation (Spitzcok von Brisinski 2002a). Der auf der Auswertung von 22.500 Fragebögen aus 25 Provinzen und autonomen Regionen basierende „China Youngsters Network Addiction Data Report 2005“ geht davon aus, dass 13,2% der chinesischen Teenagers Internet-süchtig sind und 13% die Neigung haben, sich vom Internet „verführen“ zu lassen. 60% der Internet-Süchtigen seien männlich und 40% weiblich. Die meisten Abhängigen seien „junior high school students“, Arbeitslose oder Personen ohne reguläre Arbeit. Die Abhängigkeit habe sich aus dem Spielen von Internetspielen entwickelt. Es fanden sich keine offensichtlichen Zusammenhänge zwischen Internet-Sucht und geografischen Faktoren oder ökonomischen Status. Pathologischer Internet-Gebrauch kann in jedem Alter, bei jedem sozialen, ökonomischen und Bildungsniveau auftreten. Während frühere Studien eher das stereotype Bild vom jungen, introvertierten Mann als klassischem Internet-Süchtigen zeichneten, zeigen neuere Untersuchungen eine Zunahme dieser Störung bei Frauen.

Die Lebenszeitprävalenz für Zwangsstörungen liegt zwischen 10 und 20% (Dell'Osso et al. 2006).

Pathogenese

Pathologischer Internet-Gebrauch umfasst Merkmale von Impulskontrollstörungen, Zwangsstörungen und Suchterkrankungen. Oftmals dient die übermäßige Internet-Nutzung der Verdrängung von unangenehmen Gedanken bzw. Gefühlen und/oder zur Selbstwertsteigerung.

Diagnostik

Betroffene verbringen immer mehr Zeit mit Surfen, Spielen, Einkaufen im Internet, Betrachten pornografischer Websites, Chatten und mailen. Sie beschäftigen sich immer mehr mit dem Internet, flüchten ins Internet, werden immer reizbarer beim Versuch, die Internet-Nutzung zu unterbinden. Schließlich verläuft jeder Versuch der Enthaltbarkeit erfolglos. Der immer häufigere Gebrauch des Internets führt zu einer Zunahme depressiver Affekte und zu Gefühlen von Einsamkeit, zu einer Abnahme sozialer Aktivitäten und zu einem Rückgang der Kommunikation innerhalb der betroffe-

nen Familie. Streit mit dem Partner bzw. der Familie, Verlust des Arbeitsplatzes oder abnehmende Produktivität, Strafverfolgung oder Schulversagen sind die Folge.

Bei einigen Betroffenen ist die exzessive Internet-Nutzung gänzlich durch eine andere Impulskontrollstörung wie z. B. Pathologisches Glücksspiel (bei Online-Glücksspiel) oder Zwanghaft-impulsives Sexualverhalten (das Internet einbeziehend) erklärt, so dass in diesen Fällen das Internet als ein Ventil für eine andere Störung fungiert und nicht als eigenständige zusätzliche Störung.

Typische Anzeichen bzw. Folgen pathologischen Internet-Gebrauchs (Spitzcok von Brisinski 2000)

- in der Partnerschaft beginnt es zu kriseln
- Freunde beschwerten sich wegen ständig besetztem Telefon
- überhöhte Telefon- bzw. Providerrechnungen
- wachsende Schulden, Mahnbescheide
- Interesse an ‚realer‘ Geselligkeit lässt deutlich nach
- Besuch wird lästig, weil man viel lieber am Computer sitzt
- falls noch berufstätig, lassen Elan und Engagement im Betrieb stark nach
- Schlafstörungen
- statt Einkauf in ‚realen‘ Geschäften wird per Internet eingekauft
- nicht mehr in die Familie integriert, eher Außenseiter
- Gefühl, von Freunden, Kollegen, der Familie nicht mehr verstanden zu werden

Diagnostischen Kriterien zum pathologischen Internet-Gebrauch (PIG) nach Zimmerl (1998):

1. Häufiges unüberwindliches Verlangen, ins Internet einzuloggen
2. Kontrollverluste (d.h. längeres Verweilen „online“ als intendiert) verbunden mit Schuldgefühlen
3. Sozial störende Auffälligkeit im engsten Kreis der Bezugspersonen
4. PIG-bedingtes Nachlassen der Arbeitsfähigkeit
5. Verheimlichung/Bagatellisierung der Gebrauchsgewohnheiten
6. Psychische Irritabilität bei Verhinderung am Internet-Gebrauch

Komorbide Störungen

- Substanzabhängigkeit
- affektive Störungen
- Angststörungen
- psychotische Störungen
- andere Impulskontrollstörungen: Kaufsucht, pathologisches Spielen, Pyromanie, zwanghaft-impulsives Sexualverhalten, Kleptomanie, zwanghafte körperliche Betätigung
- physischer Missbrauch bzw. sexueller Missbrauch während der Kindheit
- Persönlichkeitsstörungen: Borderline-Persönlichkeitsstörung, narzisstische, antisoziale, histrionische, ängstlich-vermeidende, passiv-aggressive, selbstverletzende, schizoide, schizotype, zwanghafte und abhängige Persönlichkeitsstörung

Phaseneinteilung:

- *Gefährdungsstadium:* Vorliegen von bis zu 3 der o.g. Kriterien in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten
- *Kritisches Stadium:* Vorliegen von mindestens 4 der o.g. Kriterien in einem Zeitraum von bis zu 6 Monaten
- *Chronisches Stadium:* Vorliegen von mindestens 4 der o.g. Kriterien über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten plus damit einhergehendem Vorliegen irreversibler psychosozialer Schäden wie Jobverlust, Trennung v. Partner/Familie, soziale Selbstisolation, inadäquate Verschuldung durch exorbitante Telefonkosten, sowie mögliche somatische Schäden im Bereich des Sehapparates bzw. des Bewegungs- und Stützapparates

Therapie und Verlauf

Die meisten Behandlungsstrategien beinhalten verhaltenstherapeutische Techniken, die der Internet-Nutzung zeitliche Grenzen setzen, jedoch nicht Abstinenz verlangen.

Escitalopram zeigte in einer Open-label-Studie mit doppelblindem Auslassversuch positive Effekte (Dell'Osso et al. 2006).

Eine wertvolle Ergänzung des Hilfeangebots sind Selbsthilfegruppen (z. B. HSO – „Hilfe zur Selbsthilfe für Onlinesüchtige (und deren Angehörige)“ unter www.onlinesucht.de), die sich sowohl online als auch offline treffen.

Zwanghaftes Kaufen (Kaufsucht)

Pathologisches bzw. zwanghaftes Kaufen wird durch nicht angebrachtes, impulshaftes, sich chronisch wiederholendes Einkaufsverhalten als Reaktion auf negative Gefühle beschrieben, welches zu sozialen, finanziellen, gesetzlichen Problemen und/oder Problemen in der Partnerschaft bzw. Familie und/oder weiteren zwischenmenschlichen Beziehungen führt (Basdekis-Jozsa 2003). Vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Einkaufen und ein Unvermögen, sich dem zu Wersetzen, sind ebenso typisch wie Anspannung oder Angst vor dem Einkauf und Entlastung danach oder Enttäuschung über sich selbst (Black 2007). Die Betroffenen verbringen mehr Zeit mit Einkaufen und Gedanken dazu als sie beabsichtigt hatten. Teils werden Dinge gekauft, die nicht benötigt werden, oder die mehr kosten, als sich der Betroffene leisten kann. Stress und deutliche Beeinträchtigung in sozialen Beziehungen und im Beruf sind die Folge (Dell’Osso et al. 2006).

Geschichte

Kaufsucht (Oniomanie, aus dem Griechischen von *onios* = „zu verkaufen“) wurde schon 1911 von Kraepelin erwähnt, der Patienten beschreibt, „bei denen das Kaufen triebhaft ist und zu unsinnigem Schuldenmachen führt, wobei von einem Nagel an den anderen gehängt wird, bis eine Katastrophe für kürzere Zeit die Situation ein wenig klärt - ein wenig, aber niemals ganz, weil sie nie alle Schulden eingestehen“. Bleuler verstand Kaufsucht als „impulsive Geisteskrankheit“ und gruppierte sie 1915 zu Kleptomanie und Pyromanie. In den 1980er Jahren erschienen vereinzelt Beiträge über psychoanalytische Behandlungen und erst ab 1990 kam es zu erhöhter Forschungsaktivität.

Prävalenz

Die Prävalenzraten in der Allgemeinbevölkerung liegen zwischen 1,8 und 16 %. Die Störung verläuft meist chronisch, 80 bis 95 % der Betroffenen sind weiblich. Das Erstmanifestationsalter liegt zwischen dem 18. und 30. Lebensjahr. Dies könnte mit der Loslösung vom Elternhaus und vollem Zugang zu Krediten zusammenhängen. Zum Langzeitverlauf liegen noch keine Studienergebnisse vor. Bei 12,5% - 30% liegt zusätzlich eine Zwangsstörung vor (Basdekis-Jozsa 2003, Dell’Osso et al. 2006, Black 2007).

Pathogenese

Wahrscheinlich spielen entwicklungspsychologische, neurobiologische und kulturelle Faktoren eine Rolle, bisher sind Ätiologie und Pathogenese

jedoch weitgehend unbekannt. Molekulargenetisch fanden Comings et al. (1997) als Hinweis auf Abweichungen im dopaminergen Belohnungssystem eine Assoziation mit DRD1 Genotyp 11.

Diagnostik

Hauptziel ist die Erfassung von Verhaltensweisen und Haltung bzgl. Einkaufen und Geldausgeben. (Black 2007):

- Haben sie das Gefühl, dass sie übermäßig mit Einkaufen und Geldausgeben beschäftigt sind?
- Haben sie manchmal das Gefühl, dass ihr Einkaufsverhalten exzessiv, unangemessen oder unkontrolliert ist?
- Sind ihre Einkaufswünsche, -bedürfnisse oder -fantasien manchmal übermäßig zeitraubend, so dass sie sich darüber ärgern oder ein schlechtes Gewissen haben oder dies zu ernsthaften Problemen führt bzgl. Finanzen, Gesetzen oder Verlust von Beziehungen?

Differentialdiagnostisch darf das übermäßige Einkaufen nicht auf hypomane und manische Episoden beschränkt sein, da es sonst der affektiven Störung zugeordnet würde.

Standardisierte Verfahren

Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten (SKSK)	Fragebogen
Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR for the putative obsessive-compulsive spectrum disorders (SCID-OCSD)	Strukturiertes Interview
Minnesota Impulsive Disorders Interview (MIDI)	halbstrukturiertes Interview
Compulsive Buying Scale (CBS)	Fragebogen
Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Shopping Version (YBOCS-SV)	Fragebogen

Komorbide Störungen

Alkoholabhängigkeit, affektive Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, anankastische, vermeidende und Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie Entwicklungsvorstufen eines pathologischen Narzissmus aus psychoanalytischer Sicht treten bei Kaufsüchtigen häufig

ger auf als in der Allgemeinbevölkerung (Black 2007). Angehörige von Kaufsüchtigen sind signifikant häufiger alkoholabhängig, missbrauchen auch häufiger andere Substanzen, leiden häufiger unter Depressionen (Basdekis-Jozsa 2003).

Risikofaktoren

Attraktivität des Angebots und Schnäppchen sowie Anlässe wie Weihnachten oder Geburtstage spielen eine modulierende Rolle. Meist werden nicht besonders teure Artikel, sondern eher relativ große Mengen eingekauft. Typischerweise werden (in absteigender Häufigkeit) Kleidungsstücke, Schuhe, CDs, Schmuck, Kosmetika und Artikel für den Haushalt gekauft. Pro Einkauf werden durchschnittlich etwa 100 € ausgegeben.

Marktorientierte Wirtschaft, ein breites Warenangebot, ausreichendes Nettoeinkommen und ausreichende Freizeit sind modulierende Faktoren, so dass in Entwicklungsländer offenbar ein geringeres Risiko für Kaufsucht besteht (Black 2007).

Therapie und Verlauf

Kognitiv verhaltenstherapeutische Gruppentherapie scheint wirksam zu sein (Black 2007). Psychopharmakologisch war zwar Fluvoxamin in zwei Doppelblindstudien nicht signifikant wirksamer als Placebo, allerdings führten die Patienten beider Gruppen ein Tagebuch über ihr Einkaufsverhalten, was selbst eine therapeutische Intervention darstellt. In einer Doppelblindstudie ohne Einkaufstagebuch war dagegen Citalopram Placebo überlegen. Der Opiatantagonist Naltrexon war in einigen Fällen ebenfalls wirksam (Dell’Osso et al. 2006).

Auch wenn derzeit Kaufsucht überwiegend als Impulskontrollstörung (F63.8 oder F63.9 bzw. 312.30) kodiert wird, sehen doch mehrere Autoren in ihr eher eine Form der Abhängigkeitserkrankung. Demzufolge berichten Croissant & Croissant (2006) im Rahmen einer Falldarstellung über eine 2-Säulen-Therapie mit suchtspezifischer Psychoedukation und hochdosierten SSRI.

Selbsthilfegruppen (“Anonyme Schuldner und Kaufsüchtige”), Simplicity Circles (Gruppen, deren Mitglieder Konsumwahn und Freizeitstress den Rücken kehren, ihr Geld bewusster ausgeben und sich auf sich selbst besinnen wollen), Bibliothherapie (Selbsthilfebücher), Schuldenberatung und Paartherapie sind oftmals wichtige ergänzende Maßnahmen (Black 2007).

Sechs Ratschläge für Patienten mit Kaufsucht (Black (2007))

1. Medikamentöse Behandlung ersetzt keine Beratung, wie mit dem Problem „Kaufsucht“ umzugehen ist, und Patienten sollten darüber informiert werden, dass sie sich nicht auf die Medikation verlassen können;
2. die Kaufsucht sollte zugegeben werden;
3. Kreditkarten und Scheckbücher sollten abgegeben werden, da sie der Erkrankung Nährboden geben;
4. Einkäufe sollten nur mit Freunden oder Verwandten erfolgen, die nicht kaufsüchtig sind;
5. Die Anwesenheit einer nicht kaufsüchtigen Person hilft, kaufsüchtiges Verhalten zu bändigen;
6. Entdecke sinnvolle Optionen, Freizeit anders als mit Einkaufen zu verbringen.

Zwangshaftes Sexualverhalten

Zwanghaft-impulsives Sexualverhalten umfasst sexuelle Wiederholungshandlungen und zwanghafte sexuelle Gedanken. Das Individuum fühlt sich gezwungen oder getrieben, das Verhalten auszuführen. Obwohl meist ich-synton, führt es zu Leidensdruck und/oder zu sozialer oder beruflicher Beeinträchtigung, Strafverfolgung oder finanziellen Folgen oder es nimmt übermäßig viel Zeit in Anspruch. Konventionelle Sexualpraktiken oder Paraphilien werden exzessiv und/oder unkontrolliert ausgelebt (Black et al. 1997).

Konzeptuelle Überschneidungen ergeben sich mit gesteigertem sexuellem Verlangen (ICD-10 nennt unter F52.7 als zugehörige Begriffe Nymphomanie und Satyriasis, unter F98.8 exzessive Masturbation), Störungen der Sexualpräferenz (F65) sowie nichtstoffgebundenen Suchterkrankungen (Black et al. 1997).

Geschichte

Der Begriff „Nymphomanie“ setzt sich zusammen „Nympe“ (griech. die Jungfrau, Braut, das heiratsfähige und äußerst willige Mädchen mit viel Lust) und „mania“ („Raserei“). In der griechischen Mythologie sind Nymphen weibliche Personifikationen von Naturkräften, von denen ein besonderer Reiz ausging. Sie sollen sich mit jedem eingelassen haben, der ihren Weg kreuzte. Ebenfalls aus der griechischen Mythologie abgeleitet ist der Begriff der „Satyriasis“: „Satyrn“ sind Waldgeister, die den übermäßigen

Genuss des Weins lieben und Nymphen lüstern verfolgen. Während Nymphen außergewöhnlich schön sind, zeigen sich Satyrn den Menschen als feindliche, Schrecken erregende Dämonen.

Der österreichische Psychiater Richard Freiherr von Krafft-Ebing beschrieb 1886 in „Psychopathia sexualis. Eine klinisch-forensische Studie“ gesteigerte sexuelle Appetenz, die alle Gedanken und Gefühle beherrscht und mit impulsiver Bedürfnisbefriedigung ohne Rücksicht auf Moral und Rechtschaffenheit einhergeht.

Prävalenz

Schätzungen der Prävalenz gehen von 5-6% aus. Männliche Patienten sind offenbar wesentlich häufiger betroffen als weibliche (Dell'Osso et al. 2006). Black et al. (1997) fanden in ihrer Studie einen Beginn der Störung im Alter von 5 bis 48 Jahren bei einem Mittelwert von 18 Jahren. Die Störung scheint meist über viele Jahre zu verlaufen, bei der Mehrheit jedoch mit Phasen ohne zwanghaftes Sexualverhalten.

Etwa $\frac{3}{4}$ aller Betroffenen haben zusätzlich eine andere bedeutsame psychische Störung. Am häufigsten sind Alkoholismus, Angsterkrankungen und depressive Störungen. Auch Persönlichkeitsstörungen sind häufig, insbesondere paranoide, histrionische, anankastische und passiv-aggressive Subtypen. Zwangsstörungen liegen in etwa 12–14% vor. Auch andere Impulskontrollstörungen wie Kaufsucht, Kleptomanie, Trichotillomanie, Pyromanie und pathologisches Glückspiel treten mit zwanghaft-impulsivem Sexualverhalten gemeinsam auf. Weitere assoziierte Symptome sind sexuell übertragbare Krankheiten, ungewollte Schwangerschaften, somatische Beschwerden, sexuelle Dysfunktionen, Beziehungsprobleme und Suizidversuche. Misshandlung oder sexuellen Missbrauch erlebt etwa die Hälfte aller Betroffenen in der Kindheit (Black et al. 1997).

Pathogenese

Zwanghaft-impulsives Sexualverhalten kann sowohl Genuss erzeugen als auch zur Verdrängung negativer Gedanken dienen. Traurigkeit, Glücks- oder Einsamkeitsgefühle gehen dem repetitiven Sexualverhalten voraus. Oftmals tritt das repetitive Sexualverhalten unter Einfluss von Alkohol oder Drogen (Cannabis, LSD, DMT, Psilocin, Meskalin, DOM, Stimulanzien, Pilze, Ecstasy) auf. Dies könnte die hohe Lebenszeitprävalenz komorbider Suchterkrankungen erklären.

Die Mehrzahl der Betroffenen hat Dissoziationsgefühle während des Sex („als ob du jemand anders beim Sex beobachtest“) genießt ihn jedoch, da

er sie von anderem ablenkt, z. B. von Ängsten. Stimmungswechsel direkt danach sind häufig und können Minuten bis Tage anhalten. Reue, Scham, Gefühle von Freundes- und Kontrollverlust, Geld- und Zeitverschwendung können hinzukommen (Black et al. 1997).

Sowohl gesteigerter Sexualtrieb als auch verminderte Kontrolle sexueller Impulse hängen mit dem dopaminergen System zusammen (Ferrerri et al. 2006), so kann beispielsweise Hypersexualität als unerwünschte Wirkung von Dopamin-Agonisten und Levodopa bei der Behandlung von Morbus Parkinson auftreten (Galpern & Stacy 2007).

Diagnostik

Durch Befragung des Patienten, der Angehörigen und ggf. Mitarbeitern des Jugendamts oder der Polizei, ggf. ergänzt durch Studium von Gerichtsakten müssen folgende Aspekte bzgl. des Sexualverhaltens geklärt werden (Spitzcok von Brisinski et al. 2006):

- Genaue Beschreibung der sexuell devianten Handlungen
- Genaue Beschreibung der auslösenden/begleitenden/folgenden Emotionen
- Analyse des Ablaufs in Bezug auf Planung vs. Impulsivität
- Erfragen von Gewaltanteilen
- Erfragen von Anteilen sexueller Befriedigung (paraphiles Verhalten?), von anderen emotionalen Zuständen und Gewinnen trennen
- Nähere Spezifikation des Opfers bzw. der Opfer
- Sind ein oder mehrere Leitsymptome vorhanden?
- Wie lange bestehen die Leitsymptome bereits?
- Bestehen diese Symptome im Rahmen einer anderen psychischen Störung?

Standardisierte Untersuchungsverfahren:

Compulsive Sexual Disorders Interview	halbstrukturiertes Interview
Minnesota Impulsive Disorders Interview (MIDI)	halbstrukturiertes Interview

Ergänzend sind diagnostische Verfahren zur Beurteilung der Persönlichkeit, familiären Situation, Integration in eine Gleichaltrigengruppe, der schulischen/beruflichen Situation und weiterer psychosozialer Umstände notwendig sowie bei Delinquenz Verfahren zur Risikoeinschätzung für ein Rezidiv.

Subtypen nichtparaphilen zwanghaften Sexualverhaltens:

- zwanghaftes Cruising und multiple Partner
- zwanghafte Fixierung auf einen unerreichbaren Partner
- zwanghafte Masturbation
- zwanghaft multiple Liebesbeziehungen
- zwanghafte Sexualität innerhalb einer Beziehung
- zwanghafte Ich-dystone Promiskuität
- Pornografie-Abhängigkeit
- Cybersex-Abhängigkeit

Subtypen paraphilen zwanghaften Sexualverhaltens:

- Sexueller Sadismus
- Telefonsex-Abhängigkeit
- Transvestitischer Fetischismus
- Fetischismus
- Exhibitionismus
- Voyeurismus
- Pädophilie
- Autoerotische Asphyxie

Differentialdiagnosen:

- *Klüver-Bucy-Syndrom*: eine bitemporale Hirnläsion neurodegenerativer, traumatischer, nichttraumatischer oder infektiöser Ursache führt transient oder permanent zu Hyperoralität mit veränderten Ernährungsgewohnheiten, Hypersexualität und visueller Agnosie (Gaul et al. 2007).
- *Kleine-Levin Syndrom*: periodisch auftretendes erhöhtes Schlafbedürfnis mit Veränderungen im Denken, Essstörungen und Hypersexualität (Arnulf et al. 2005)
- *Manie*
- *Temporolimbische Partialepilepsie*
- *Enzephalomyelitis disseminata*
- *AIDS*
- *Schädelhirntrauma, Infarkt, Blutung oder Tumor* mit Läsion in Putamen, Thalamus, Hypothalamus, Frontal- oder Temporallappen
- *Medikamentöse Nebenwirkung*: Hypersexualität als unerwünschte Wirkung kann bei der Behandlung mit SSRI (Spitzcok von Brinski 1997), Lamotrigin, Moclobemid, Dopamin-Agonisten oder Levodopa (Galpern & Stacy 2007) auftreten.

Bei einem Teil der Betroffenen ist das zwanghafte Sexualverhalten mit Delinquenz verbunden, das heißt einige oder sämtliche Sexualhandlungen gefährden bzw. schädigen andere Personen.

Standardisierte Untersuchungsverfahren bei sexuell-delinquentem Verhalten:

- Multiphasic Sex Inventory für Jugendliche. Fragebogen zur Erfassung psychosexueller Merkmale bei jugendlichen Straftätern (MSI-J)
- Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERASOR)
- Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II)
- Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)

Therapie

Die Behandlung muss sowohl das zwanghaft-impulsive Sexualverhalten selbst als auch den allgemeinen Suchtprozess, d. h. die Symptom erhaltenden Faktoren, bearbeiten. Zum Symptom-Management gehören Rezidivprophylaxe und andere kognitiv-behaviorale Techniken. Die Therapie des allgemeinen Suchtprozesses erfolgt durch Erweiterung selbstregulatorischer Fertigkeiten und Behandlung kontextrelevanter Probleme bzw. Störungen mittels Einzelpsychotherapie, Gruppentherapie (Goodman 1993) und Paar- bzw. Familientherapie (Bird 2006). Eine Pharmakotherapie als ergänzende Intervention kann indiziert sein: Open-Label-Studien und Case-Report-Serien berichten über Erfolge mit Lithium, trizyklische Antidepressiva, SSRI (Fluoxetin, Sertralin), Bupropion, Nefazodon und Naltrexon (Dell'Osso et al. 2006) sowie mit der Kombination von SSRI und Methylphenidat (Kafka & Hennen 2000).

Allerdings kann unter Umständen durch SSRI auch die Hypersexualität verstärkt werden (Spitzcok von Brisinski 1997). Als ergänzendes Angebot bestehen die Selbsthilfegruppen „Anonyme Sexaholiker“, „Anonyme Sex-süchtige“ und „Anonyme Sex- und Liebessüchtige“.

Ziel der Behandlung sexuell Delinquenter ist, dass es keine weiteren Übergriffe mehr gibt und dass Patienten in die Lage versetzt werden, ein möglichst selbstbestimmtes, aber psychosozial angepasstes Leben zu führen. Im Mittelpunkt der Therapie steht die Arbeit mit dem Deliktszenario, in dem Realitätsverzerrungen, Tilgungen von missbrauchsbezogenen Erlebnisinhalten, das Bagatellisieren emotionaler Zustände sowie das Verleugern eigener Handlungen aufgehoben werden sollen. Ziel ist es, Selbstkontrolle hinsichtlich der delinquenten Handlungen einzuführen und zu stär-

ken, sowie den Lernprozess der Jugendlichen hinsichtlich ihres Delikts und des Deliktvorlaufes voranzubringen. Darüber hinaus müssen zahlreiche sich noch in der Entwicklung befindliche Bereiche berücksichtigt werden. Dies gilt für die Sexualentwicklung ebenso wie für die Entwicklung der persönlichen Identität und die Entwicklung sozialer Rollen und Beziehungen. Effektive Programme zielen direkt auf die Probleme, die in Zusammenhang mit der Tat stehen, und beinhalten außerdem Sexualerziehung sowie Methoden zur Entwicklung neuer konstruktiver, gesellschaftlich angemessener sozialer Fertigkeiten bei den Tätern. Module zur Rückfallprophylaxe sollten ebenfalls enthalten sein.

Kognitiv-behaviorale Konzepte in Verbindung mit erziehenden und unterstützenden Maßnahmen unter Einbeziehung des Familiensystems sind nach der bisherigen Datenlage offenbar am wirksamsten. Im Vordergrund steht Gruppentherapie in einer Gruppe sexuell Delinquenter, ergänzt durch Einzeltherapie. Die Dauer der bisher etablierten Behandlungsprogramme umfasst in der Regel etwa 2 Jahre. Gemeindenahe Anschlussmaßnahmen sind notwendig.

Kritische zu bewerten sind alleinige medikamentöse Behandlung, alleinige nondirektive Therapie sowie alleinige unspezifische Therapie ohne Symptomorientierung und –thematisierung. Bei Aversionsverfahren zeigten sich in empirischen Studien zum Teil Erhöhungen der Rückfallraten. Eine chirurgische Kastration ist in Deutschland erst nach dem vollendeten 25. Lebensjahr gesetzlich erlaubt und bedarf der Einwilligung (Spitzcok von Brisinski et al. 2007).

Zwanghaftes Hautknibbeln (Dermatotillomanie)

Während „Zwanghaftes Hautknibbeln“ in DSM-IV-TR als „Pathologisches Abzupfen von Haut“ (312.30) den Impulskontrollstörungen zugeordnet ist, findet sich die Diagnose in ICD-10 im Kapitel „Krankheiten der Haut und der Unterhaut“ als „Dermatitis factitia“ bzw. „Neurotische Exkoration“ (L98.1).

Besonders bei inneren Spannungsgefühlen inspizieren und manipulieren die Betroffenen ihre Haut, so dass zunächst kleinere Läsionen entstehen. Nicht selten kommt es zu offenen Wunden, der Schorf wird immer wieder

aufgekratzt und es können Narben bleiben. Die Schädigungen werden meist versteckt aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen.

Zwanghaftes Ausdrücken oder Ausgraben von Pickeln und Mitessern zählt ebenfalls in diese Kategorie. Bei anfangs oft minimaler Akne besteht das Hauptproblem nicht in der Erkrankung der Haut, sondern im zwanghaften Kratzen und Drücken („Acne excoriee“). Oft können die Betroffenen auch bereits entzündete oder verkrustete Stellen nicht abheilen lassen. Die Gefahr von Hautinfektionen und Narbenbildung ist hoch. Stundenlange Untersuchung und Betrachtung des Gesichts im Spiegel kann Bestandteil dieses Störungsbilds sein.

Prävalenz

Etwa bei der Hälfte der Betroffenen beginnt die Störung vor dem 10. Lebensjahr (Odlag & Grant 2007). Bohne et al. (2002) fanden unter deutschen Studenten eine Prävalenz von 4,6%. Die Häufigkeit in dermatologischen Kliniken wird auf 2% geschätzt, Frauen sind offenbar doppelt so häufig betroffen (Dell'Osso et al. 2006). Meist ist das Gesicht betroffen, es kann jedoch jede Körperregion einbezogen sein. Der Verlauf ist oft chronisch mit wechselnder Ausprägung. Die Mehrheit der Patienten empfindet wachsende Anspannung vor dem Knibbeln (79–81%), Entspannung danach (52–79%), oder beides (68–90%). Ungefähr 20% essen das Gewebe auf Bohne et al. (2002).

Als komorbide Störungen treten gehäuft affektive Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, körperdysmorphophobe Störung, stoffgebundene Suchterkrankungen, Essstörungen, Trichotillomanie, Kleptomanie, Kaufsucht, anankastische Persönlichkeitsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (Arnold et al. 2001).

Pathogenese

Es können zwei Untergruppen unterschieden werden: Bei der einen Gruppe sind die Betroffenen davon überzeugt, dass kleinste Pickelchen ihr Gesicht völlig entstellen. Sie knibbeln nicht nur an echten Hautunreinheiten, sondern an allem was einer Hautunreinheit ähnelt. Das Ziel ist ein „perfektes“ Gesicht. Diese Variante ähnelt sehr der Körperdysmorphophoben Störung (ICD-10: F45.2) und kann nicht immer vollständig differentialdiagnostisch abgegrenzt werden. Bei der anderen Gruppe knibbeln die Betroffenen bei innerer Spannung oder Stress, um Erleichterung zu finden.

Diagnostik

Standardisierte Untersuchungsverfahren

Interview zur Lebenszeitprävalenz von affektiven Störungen und Schizophrenie modifiziert zur Untersuchung von Angststörungen nach DSM-IV (SADS-LA IV)	Halbstrukturiertes Interview
Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR for the putative obsessive-compulsive spectrum disorders (SCID-OCSD)	Strukturiertes Interview

Differentialdiagnosen:

- Artificielle Störungen (F68.1),
- Körperdysmorphophobie Störung (F45.2)

Therapie

Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie liegen bisher nicht vor. In Einzelfalldarstellungen wurden psychodynamisch orientierte Therapie und verhaltenstherapeutische Interventionen mit unterschiedlichen Behandlungsergebnissen publiziert. „Habit reversal“ sowie ein Multikomponentenprogramm mit Selbst-Monitoring, Aufnahme von Knibbelepisoden, Einüben alternativer Antworten auf Knibbeln und „eklektischem“ Psychotherapieprogramm mit Einsicht orientierten und verhaltenstherapeutischen Komponenten scheinen wirksam zu sein (Arnold et al. 2001).

Die Wirksamkeit von Fluoxetin in einer mittleren Dosis von 55 mg/d war in zwei kontrollierten Studien Placebo überlegen. Sertraline in einer mittleren Dosis von 95 mg/d führte in einer Open-label-Studie zu signifikanter Verbesserung des Hautknibbelns bei 68% der Patienten nach einem Monat Behandlung. Einzelberichte über erfolgreiche Behandlung liegen für Doxepin, Clomipramin, Naltrexon, Pimozid und Olanzapin vor (Arnold et al. 2001).

Verlauf

Superinfektionen, Narbenbildung und Entstellung sind potentielle Folgen und können wiederum sekundäre psychische Störungen zur Folge haben.

Zwanghaftes Stehlen (F63.2, 312.32)

Pathologisches bzw. zwanghaftes Stehlen (Kleptomanie) ist charakterisiert durch wiederholtes Versagen Impulsen zu widerstehen, Dinge zu stehlen, die nicht dem persönlichen Gebrauch oder der Bereicherung dienen. Statt dessen werden die Gegenstände weggeworfen, weggegeben oder gehortet.

Geschichte

Der Begriff „Kleptomanie“ (griech. „kleptein“ = stehlen und „mania“ = Raserei) wurde von Charles Chretien Henry Marc Anfang des 19. Jahrhunderts geprägt und bedeutet „Monomanie des Diebstahls“. Vor einer großzügigen Verwendung dieses Konzepts als Begründung für eine Minderung der Schuldfähigkeit wird jedoch seit langem gewarnt (Habermeier 2004, Venzlaff & Pfäfflin 2005).

Prävalenz

Die Störung kann in der Kindheit, der Adoleszenz und auch im Erwachsenenalter beginnen (Sauke 2004). Bei einem Teil der Patienten verläuft die Erkrankung periodisch mit längerfristigen Remissionen, bei anderen chronisch ohne bedeutende Fluktuation (Meusers et al. 2007). Zwischen Erstmanifestation und Diagnosestellung vergehen durchschnittlich 15 Jahre. Alle Prävalenzuntersuchungen leiden unter dem Problem der extrem hohen Dunkelziffer und der Tatsache, dass sich die wissenschaftlichen Erkenntnisse fast ausschließlich auf psychiatrisch begutachtete Diebe stützen. Die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung wird auf 6 Fälle pro 1.000 Einwohner geschätzt und betrifft alle sozialen Schichten. Die Störung tritt häufiger bei Frauen als bei Männern (7:3) auf. Die aus Untersuchungen bei inhaftierten Dieben angegebenen Zahlen von 0 - 24% sind mit großer Vorsicht zu betrachten, zumal leichtere Diebstähle in Europa fast nie zur Untersuchungshaft führen oder Haftstrafen zur Folge haben (Haller et al. 2006). Die Häufigkeit pathologischen Stehlens bei Ladendiebstählen liegt unter 5% (Saß et al. 2003). Lamontagne et al. (1994) fanden nur bei 3,2% von 1.649 untersuchten Personen, die eines Diebstahls überführt waren, psychische Störungen. Eine klassische „Kleptomanie“ wurde gar nur bei einem einzigen Probanden gefunden.

Angaben zur Häufigkeit von Zwangsstörungen bei Kleptomanie schwanken zwischen 6,5 und 60% (Dell’Osso et al. 2006).

Pathogenese

Offenbar handelt es sich um eine heterogene Störung mit Merkmalen von Impulskontrollstörungen, Suchterkrankungen und Störungen des affektiven

Spektrums (Aizer et al. 2004). Psychoanalytisch kann das Stehlen als Ersatzbefriedigung für unterdrückte Wünsche gesehen werden. Dabei besäßen die gestohlenen Dinge einen symbolischen Wert, der auf den unbewussten Konflikt hinweist. Auch kann Kleptomanie eine versteckte Form des Widerstands darstellen. Auch die erregenden Gefühlen beim Stehlen können ein Motiv darstellen.

Über neurobiologische Ursachen ist wenig bekannt. In der Literatur sind Einzelfälle beschrieben, in denen Kleptomanie rezidivierend im Rahmen eines prämenstruellen Syndroms auftrat (Dalton 1980, Keuthen et al. 1997, Aboujaoude et al. 2004). Kozian (2001) berichtet über den Fall einer neu auftretenden Kleptomanie nach Frontalhirnläsion.

Diagnostik

Patienten mit Kleptomanie sind sich fast immer darüber bewusst, dass ihr Verhalten falsch ist, und empfinden Scham und Schuldgefühle. Vielfach vermeiden sie Orte, wo das Stehlen eine besonders große Versuchung darstellt; manche betreten kein Geschäft mehr. Freude, Erleichterung oder ein Gefühl der Befriedigung während und nach der Tat sowie Angst und Schuldgefühle zwischen den einzelnen Diebstählen können auftreten. Die meisten Patienten berichten über traumatische Lebensereignisse, aber die wenigsten können angeben, was dem ersten Stehlakt vorausging (Meusers et al. 2007).

Es ist wichtig, die steigende Spannung vor der Handlung und den Spannungsabfall nach der Handlung zu erfragen, um die Kleptomanie von Störungen des Sozialverhaltens abzugrenzen. Weitere Differentialdiagnosen sind:

- Stehlen zu persönlichem Nutzen
- Stehlen als Mutprobe, oppositionelles Verhalten oder Ritual
- Diebstahl als Racheakt
- Vortäuschung einer Kleptomanie, um Strafverfolgung zu entgehen
- Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Stehlen im Rahmen einer akuten Manie
- Stehlen im Rahmen organischer psychiatrischer Störungen, auch bei geistiger Behinderung
- Stehlen von Nahrungsmitteln im Rahmen einer Bulimia nervosa

Neben der Erhebung der Anamnese zur Kernsymptomatik müssen störungsrelevante Rahmenbedingungen (Familienanamnese, aktuelles psy-

chosoZIALES Umfeld) sowie komorbide Störungen wie affektive Störungen, Angststörungen und Suchterkrankungen beachtet werden.

Standardisierte Verfahren:

- Interview zur Lebenszeitprävalenz von affektiven Störungen und Schizophrenie modifiziert zur Untersuchung von Angststörungen nach DSM-IV (SADS-LA IV)
- Minnesota Impulsive Disorders Interview (MIDI)

Therapie und Verlauf

In Einzelfallstudien haben sich Verhaltenstherapie (einschließlich aversiver Techniken) als wirksam erwiesen sowie medikamentöse Behandlung mit SSRI (Meusers et al. 2007), Mood Stabilizern und Opioidantagonisten. Bei den SSRI war Fluoxetin (allein oder in Kombination mit Lithium oder Trizyklika) in mehreren Falldarstellungen wirksam, ebenso Fluvoxamin und Paroxetin. Ein Placebo kontrollierter Auslassversuch bei Respondern konnte keine Überlegenheit von Escitalopram gegenüber Placebo nachweisen (Koran et al. 2007). Behandlung mit Mood Stabilizern erbrachte variierende Ergebnisse für Lithium, Valproat und Carbamazepin. Der Opioidantagonist Naltrexon war in zwei Falldarstellungen wirksam. Die Benzodiazepine Clonazepam und Alprazolam zeigten ebenfalls Hinweise auf Wirksamkeit. Insgesamt scheinen SSRI in der Pharmakotherapie am ehesten Erfolg versprechend zu sein (19 von 30 in der Literatur beschriebenen Fälle verliefen erfolgreich), entweder als Monotherapie oder in Kombination mit anderen Psychopharmaka (Dell’Osso et al. 2006).

Forensische Aspekte

Diebstähle sind nur selten Ausdruck einer psychischen Störung, die Schuldunfähigkeit zur Folge hat. Ist der Stehlakt Ausfluss einer Manie, einer eindeutig melancholischen Phase, einer schweren depressiven Psychose oder einer Intelligenzminderung von höherem Grade, sind aus psychiatrischer Sicht u. U. die Voraussetzungen des § 11 StGB gegeben. In solchen Fällen muss sich aber eine Beziehung zwischen psychopathologischer Symptomatik und Delikt aufzeigen lassen, dass ein zeitlicher Zusammenhang zwischen psychotischer Episode und Stehlhandlung besteht und dass die Auswirkungen der Störung auf Urteils- und Kritikvermögen sowie auf Einsichts- und Steuerungsfähigkeit tatsächlich sehr schwer ist.

Impulshaftes Stehlen kann aber auch Ausdruck einer Lebenskrise oder einer erheblichen psychischen Problematik sein kann, wodurch eine Minderung des Dispositionsvermögens hervorgerufen würde. In diesen Fällen

richtet sich die Begutachtung nach der auch sonst üblichen forensisch-psychiatrischen Beurteilung der Grunderkrankung bzw. nach Ausmaß und Schwere der gegebenenfalls bestehenden psychopathologischen Symptomatik, d.h., es geht um die Frage, ob eine psychische Störung vorliegt, die nach Art und Schwere einer Psychose im Sinne des § 11 StGB gleichwertig ist.

Es ist festzustellen, ob ein psychopathologisch relevantes Syndrom oder eine abgrenzbare psychische Störung vorliegt, ob ein innerer Zusammenhang zwischen Symptomatik und Stehlhandlung besteht, ob die Kriterien einer zunehmenden Erlebnis- und Verhaltenseinengung, einer nachlassenden Befriedigung eines progredienten Verlaufs mit Wandel der Persönlichkeit und das Auftreten von Leere- bzw. Schuldgefühlen mit zunehmendem Leidensdruck feststellbar sind (Habermeier & Heekeren 2004). Auch konstellative Faktoren wie Substanzeinfluss oder beginnende hirnorganische Beeinträchtigungen müssen berücksichtigt werden. Häufig wird bei der Verantwortung von Diebstählen die Argumentation des fehlenden Motivs vorgebracht. Dies reicht aber nicht als Beleg für eine Störung, welche die Zurechnungsfähigkeit entscheidend beeinträchtigt (Haller et al. 2006).

Adresse des Autors:

Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Rheinische Kliniken Viersen
Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Tel.: 02162/965000
Internet: www.rk-viersen.lvr.de
EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de

Literatur

- Abbott, M. W., McKenna, B. G., Giles Lynne C.* (2005) Gambling and problem gambling among recently sentenced female Prisoners in four New Zealand prisons. *Journal of Gambling Studies* 21(4): 559-581
- Aboujaoude, E., Gamel, N., Koran, L. M.* (2004) A case of kleptomania correlating with premenstrual dysphoria. *J Clin Psychiatry* 65(5): 725-726
- Aizer, A., Lowengrub, K., Dannon, P. N.* (2004) Kleptomania after head trauma: two case reports and combination treatment strategies. *Clin Neuropharmacol* 27(5): 211-215
- Andresen, M.* (2006) Governments' conflict of interest in treating problem gamblers. *CMAJ* 175(10): 1191

- Arnold, L. M., Auchenbach, M. B., McElroy, S. L. (2001) Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 15(5): 351-359
- Arnulf, I., Zeitzer, J. M., File, J., Farber, N., Mignot, E. (2005) Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. *Brain* 128(12): 2763-2776
- Bachmann, M., Bilke, O., Schulte-Markwort, M., Knölker, U. (1997) Trichotillomanie - Komorbidität und Therapie. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 145(12): 1293-1296
- Baer, L. (2006) DSM-V Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference. <http://dsm5.org/conference10.cfm>
- Banaschewski, T., Neale, B. M., Rothenberger, A., Roessner, V. (2007) Comorbidity of tic disorders & ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry* 16 Suppl 9, 5-14
- Barrett, P., Healy-Farell, L., March, J. (2004) Cognitivebehavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *J of American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 43(1), 46-62
- Basdekis-Jozsa, R. (2003) Stoffliche und nichtstoffliche Süchte. *Suchttherapie* 4: 56-64
- Bird, M. H. (2006) Sexual addiction and marriage and family therapy: facilitating individual and relationship healing through couple therapy. *J Marital Fam Ther* 32(3): 297-311
- Black, D. W. (2007) A review of compulsive buying disorder. *World Psychiatry* 6(1): 14-18
- Black, D.W., Arndt, S., Coryell, W. H., Argo, T., Forbush, K. T., Shaw, M. C., Perry, P., Allen, J. (2007) Bupropion in the treatment of pathological gambling: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose study. *J Clin Psychopharmacol* 27(2): 143-150
- Black, D. W., Kehrberg, L. L. D., Flumerfelt, D.L., Schlosser, S. S. (1997) Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry* 154: 243-249
- Bohne, A., Keuthen, N., Wilhelm, S. (2005) Pathologic hairpulling, skin picking, and nail biting. *Ann Clin Psychiatry* 17(4): 227-232
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Baer, L., Jenike, M. A. (2002) Skin picking in German students. Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif* 26(3): 320-339
- Brenner, V. (1997) Psychology of Computer Use XLVII. Parameters of Internet Use, Abuse and Addiction: The first 90 days of the Internet Usage Survey. *Psychological Reports* 80 (3): 879-882
- Bühringer, G. (2004) Wenn Arbeiten, Einkaufen oder Glücksspielen pathologisch eskalieren: Impulskontrollstörung, Sucht oder Zwangshandlung? *Verhaltenstherapie* 14: 86-88
- Castellani, B. (2000) Pathological Gambling: the making of a medical problem. Albany: State University of New York Press
- Coccaro, E. F., Schmidt, C. A., Samuels, J. F., Nestadt, G. (2004) Lifetime and 1-Month Prevalence Rates of Intermittent Explosive Disorder in a Community Sample. *J Clin Psychiatry* 65: 820-824
- Comings, D. E., Gade, R., Wu, S., Chiu, C., Dietz, G., Muhleman, D., Saucier, G., Ferry, L., Rosenthal, R. J., Lesieur, H. R., Rugle, L. J., MacMurray, P. (1997) Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors. *Mol Psychiatry* 2(1): 44-56
- Croissant, B., Croissant, D. (2006) Kaufsucht – Aktuelle Überlegungen zur Klassifikation und Therapie. *Nervenarzt Online* publiziert: 23. November 2006

- Dalton, K. (1980) Cyclical criminal acts in premenstrual syndrome. *Lancet* 2(8203): 1070-1071
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Musin, E., Gonopolski, Y., Kotler, M. (2005) Sustained-release bupropion versus naltrexone in the treatment of pathological gambling: a preliminary blind-rater study. *J Clin Psychopharmacol* 25(6): 593-596
- Dell'Osso, B., Altamura, A. C., Allen, A., Marazziti, D., Hollander, E. (2006) Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256(8): 464-475
- Dettmering, P., Pestanaci, R. (2001) Das Vermüllungssyndrom – Theorie und Praxis. Eschborn: Dietmar Klotz
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Hannan, S., Maltby, N., Crocetto, J. (2006) Group treatment for trichotillomania: behavior therapy versus supportive therapy. *Behav Ther* 37(4): 353-363
- Dougherty, D. D., Loh, R., Jenike, M. A., Keuthen, N. J. (2006) Single modality versus dual modality treatment for trichotillomania: sertraline, behavioral therapy, or both? *J Clin Psychiatry* 67(7): 1086-1092
- Ferreri F, Agbokou C, Gauthier S. Recognition and management of neuropsychiatric complications in Parkinson's disease. *CMAJ* 2006; 175 (12): 1545-52.
- Fineberg, N. (2006) DSM-V Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference. <http://dsm5.org/conference10.cfm>
- Gadde, K. M., Ryan Wagner, H., Connor, K. M., Foust, M. S. (2007) Escitalopram treatment of trichotillomania. *Int Clin Psychopharmacol* 22(1): 39-42
- Galpern, W.R., Stacy, M. (2007) Management of impulse control disorders in Parkinson's disease. *Curr Treat Options Neurol* 9(3): 189-197
- Gaul, C., Jordan, B., Wustmann, T., Preuss, U. W. (2007) Klüver-Bucy-Syndrom beim Menschen. *Nervenarzt*. Online publiziert: 11. Mai 2007
- Geller, D. A. (2006) Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 29(2), 353-70
- Gershuny, B. S., Keuthen, N. J., Gentes, E. L., Russo, A. R., Emmott, E. C., Jameson, M., Dougherty, D. D., Loh, R., Jenike, M. A. (2006) Current posttraumatic stress disorder and history of trauma in trichotillomania. *J Clin Psychol* 62(12): 1521-1529
- Gockel, I., Gaedertz, C., Hain, H.-J., Winkelmann, U., Albani, M., Lorenz, D. (2003) Das Rapunzel-Syndrom. *Chirurg* 74: 753-756
- Goodman, A. (1993) Diagnosis and treatment of sexual addiction. *J Sex Marital Ther* 19(3): 225-251
- Grant, J. E., Kim, S. W. (2006) Medication management of pathological gambling. *Minn Med* 89(9): 44-48
- Grant, J. E., Levine, L., Kim, D., Potenza, M. N. (2005) Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 162(11): 2184-2188
- Grant, J. E., Potenza, M. N. (2006a) Escitalopram treatment of pathological gambling with co-occurring anxiety: an open-label pilot study with double-blind discontinuation. *Int Clin Psychopharmacol* 21(4): 203-209
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Hollander, E., Cunningham-Williams, R., Nurminen, T., Smits, G., Kallio, A. (2006b) Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry* 163(2): 303-312
- Griffith, M. D. (1999) Internet addiction: Fact of fiction? *The Psychologist* 12(5): 246-250
- Habermeyer, E., Heekeren, K. (2004) Anmerkungen zum unkritischen Umgang mit der Diagnose „Kleptomanie“. *Psychiatr Prax* 31: 40-42

- Haller, R., Dittrich, I., Hinterhuber, H. (2006) Klinische, therapeutische und forensische Aspekte des pathologischen Stehlens. *Neuropsychiatrie* 20(3): 166–173
- Hand, I. (2002) Systemische Aspekte in der Verhaltenstherapie von Zwangsstörungen. In Ecker, W. (Hg.), *Die Behandlung von Zwängen*. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber, 81-100
- Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Lochner, C., Seedat, S., Corfield, V. A., Moolman-Smook, J. C., Stein, D. J. (2006) Genetic correlates in trichotillomania - A case-control association study in the South African Caucasian population. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 43(2): 93-101
- Hollander, E., Tracy, K. A., Swann, A. C., Coccaro, E. F., McElroy, S. L., Wozniak, P., Somerville, K. W., Nemeroff, C. B. (2003) Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology* 28(6): 1186-1197
- Hollander, E., Zohar, J. (2006) DSM-V Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference. <http://dsm5.org/conference10.cfm>
- Holtum, J. R., Lubetsky, M. J., Eastman, L. E. (1994) Comprehensive management of trichotillomania in a young autistic girl. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33(4):577-581
- Iglesias, A. (2003) Hypnosis as a vehicle for choice and self-agency in the treatment of children with Trichotillomania. *Am J Clin Hypn* 46(2): 129-137
- Jacques, C., Ladouceur, R. (2006) A prospective study of the impact of opening a casino on gambling behaviours: 2- and 4-year follow-ups. *Can J Psychiatry* 51(12): 764-773
- Josephson, S. C., Hollander, E., Sumner, J. (2007) Comprehensive treatment of three patients with comorbid OCPD and ADHD. *CNS Spectr* 12(5): 338-342
- Kafka, M. P., Hennen, J. (2000) Psychostimulant augmentation during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in men with paraphilias and paraphilia-related disorders: a case series. *J Clin Psychiatry* 61(9): 664-670
- Kant, R., Chalansani, R., Chengappa, K. N., Dieringer, M. F. (2004) The off-label use of clozapine in adolescents with bipolar disorder, intermittent explosive disorder, or post-traumatic stress disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 14(1): 57-63
- Kennedy, J. (2006) DSM-V Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference. <http://dsm5.org/conference10.cfm>
- Kessler, R. C., Coccaro, E. F., Fava, M., Jaeger, S., Jin, R., Walters, E. (2006) The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 63(6): 669-678
- Keuthen, N. J., O'Sullivan, R. L., Hayday, C. F., Peets, K. E., Jenike, M. A., Baer, L. (1997) The relationship of menstrual cycle and pregnancy to compulsive hairpulling. *Psychother Psychosom* 66(1): 33-37
- King, R. A., Scahill, L., Vitulano, L. A., Schwab-Stone, M., Tercyak, K. P. Jr., Riddle, M. A. (1995a) Childhood trichotillomania: clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(11): 1451-1459
- King, R. A., Zohar, A. H., Ratzoni, G., Binder, M., Kron, S., Dycian, A., Cohen, D. J., Pauls, D. L., Apter, A. (1995b) An epidemiological study of trichotillomania in Israeli adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(9):1212-1215
- Koran, L. M., Aboujaoude, E. N., Gamel, N. N. (2007) Escitalopram treatment of kleptomania: an open-label trial followed by double-blind discontinuation. *J Clin Psychiatry* 68(3): 422-427
- Kozian, R. (2001) Kleptomanie bei Frontalhirnläsion. *Psychiat Prax* 28: 98-99

- Lamontagne, Y., Carpentier, N., Hetu, C., Lacerte-Lamontagne, C. (1994) Shoplifting and mental illness. *Can J Psychiatry* 39(5): 300-302
- Lantz, J. E., Early, J. P., Pillow, W. E. (1980) Family aspects of trichotillomania. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv* 18(8): 32-37
- Lewis, N. D. C., Yarnell, H. (1951) *Pathological firesetting*. New York: Coolidge Foundation
- Lindberg, N., Holi, M. M., Tani, P., Virkkunen, M. (2005) Looking for pyromania: characteristics of a consecutive sample of Finnish male criminals with histories of recidivist fire-setting between 1973 and 1993. *BMC Psychiatry* 14(5): 47
- Lochner, C., Hemmings, S. M. J., Kinnear, C. J., Niehaus, D. J. H., Nel, D. G., Corfield, V. A., Moolman-Smook, J. C., Seedat, S., Stein, D. J. (2005) Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Comprehensive Psychiatry* 46(1), 14-19
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., Rasmussen, S. A. (2005) Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Ann Clin Psychiatry* 17(4):197-204
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Pfanner, C., Arcangeli, F. (2006) Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Compr Psychiatry* 47(1): 42-47
- Mataix-Cols, D. (2006) DSM-V Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference. <http://dsm5.org/conference10.cfm>
- McElroy, S. L., Phillips, K. A., Keck, P. E. Jr. (1994) Obsessive-compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry* 55(Suppl10): 33-51
- Mehler-Wex, C., Wewetzer, Ch. (2004) *Zwangsstörungen: Klinik - Neurobiologie – Therapie*. psychoneuro 30: 251-254
- Meusers, M., Herpertz-Dahlmann, B., Holtkamp, K., Herpertz, S., Peters-Wallraf, B. (2007) Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (Hrsg.) *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. 3. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 153-66
- Meyer G, Bachmann M. (2005) *Spielsucht - Ursachen und Therapie*. Berlin - Heidelberg: Springer. 2. Aufl.
- Meyer, G., Hayer, T. (2005) *Das Gefährdungspotenzial von Lotterien und Sportwetten – Eine Untersuchung von Spielern aus Versorgungseinrichtungen*. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Müller-Spahn, F., Margraf, J. (2003) *Wenn Spielen pathologisch wird*. Basel: Karger
- Muller, D. A., Stebbins, A. (2007) Juvenile arson intervention programs in Australia. *Trends & issues in crime and criminal justice* No. 335 May 2007
- Nardone, G. (1997) *Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien. Einführung in die Kunst der Lösung komplizierter Probleme mit einfachen Mitteln*. Bern: Huber
- Neudecker, A., Rufer, M. (2004) Ambulante Verhaltenstherapie bei Trichotillomanie. *Verhaltenstherapie* 14: 90-98
- Nicolini, H. (2006) DSM-V Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference. <http://dsm5.org/conference10.cfm>

- Ninan, P. T., Rothbaum, B. O., Stipetic, M., Lewine, R. J., Risch, S. C. (1992) CSF 5-HIAA as a predictor of treatment response in trichotillomania. *Psychopharmacol Bull* 28(4): 451-455
- O'Kearney, R. (2007) Benefits of cognitive-behavioural therapy for children and youth with obsessive-compulsive disorder: re-examination of the evidence. *Aust N Z J Psychiatry* 41(3): 199-212
- Omer, H. (2003) Gewaltfreier Widerstand im Umgang mit gewalttätigen Kindern mit Zwangsstörungen. *Systema* 17(3), 215-230
- Petry, J. (1996) *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union
- Petry, N. M., Steinberg, K. L. (2005a) The Women's Problem Gambling Research Center. Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychol Addict Behav* 19(2): 226-229
- Petry, N. M., Stinson, F. S., Grant, B. F. (2005b) Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 66(5): 567-574
- Odlaug, B. L., Grant, J. E. (2007) Childhood-onset pathologic skin picking: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Compr Psychiatry* 48(4): 388-393
- Queri, S., Erbas, B., Soyka, M. (2007) Behandlungsprävalenz pathologischer Spielens. *Fortschr Neurol Psychiatr* 75: 458-462
- Reeve, E. A., Bernstein, G. A., Christenson, G. A. (1992) Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31(1): 132-138
- Rothbaum, B. O., Shaw, L., Morris, R., Ninan, P. T. (1993) Prevalence of trichotillomania in a college freshman population. *J Clin Psychiatry* 54(2): 72-73
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision - DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe
- Sauke, G. (2004) Kleptomanie: Überblick zum Forschungsstand und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Studie. *Verhaltenstherapie* 14: 100-110
- Scherrer, J. F., Xian, H., Kapp, J. M., Waterman, B., Shah, K. R., Volberg, R., Eisen, S. A. (2007) Association between exposure to childhood and lifetime traumatic events and lifetime pathological gambling in a twin cohort. *J Nerv Ment Dis* 195(1): 72-78
- Schulte-Markwort, M., Bachmann, M., Riedesser, P. (2000) Trichobezoar bei einem 16-jährigen Mädchen. *Kasuistik und Literaturübersicht*. *Nervenarzt* 71(7): 584-587
- Seedat, S., Kesler, S., Niehaus, D. J., Stein, D. J. (2000) Pathological gambling behaviour: emergence secondary to treatment of Parkinson's disease with dopaminergic agents. *Depress Anxiety* 11(4): 185-186
- Scherer, K. (1996) College life on-line: Healthy and unhealthy internet use. *Journal of College Student Development* 38, 655-665
- Schweitzer, J., von Schlippe, A. (2006) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II - Das störungsspezifische Wissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Shaw, M. C., Forbush, K. T., Schlinder, J., Rosenman, E., Black, D. W. (2007) The Effect of Pathological Gambling on Families, Marriages, and Children. *CNS Spectr* 12(8): 615-622
- Sinzig, J., Lehmkuhl, G. (2007) What do we know about the serotonergic genetic heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity and autistic disorders? *Psychopathology* 40(5): 329-337
- Spitzcok von Brisinski, I. (2007) *Träumer - Zappelphilipp - Störenfried. ADS/ADHS (Aufmerksamkeitsstörungen) in der Schule*. In: Eikenbusch, G., Spitzcok von Bri-

- sinski, I. (Hg.) Jugendkrisen und Krisenintervention in der Schule. Hamburg Bergmann+Helbig, 15-25
- Spitzok von Brisinski, I.* (2006): Bewegung in Diagnostik und Therapie von ADHS. In: Fischer, K., Knab, E., Behrens, M. (Hg.) Bewegung in Bildung und Gesundheit. Lemgo: Verlag Aktionskreis Literatur und Medien, 313-323
- Spitzok von Brisinski, I.* (2003) Tagesklinische und vollstationäre Diagnostik und Behandlung bei ADS und ADHS/HKS – Aspekte der Indikation und Verweildauer. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 13(1): 48-60
- Spitzok von Brisinski, I.* (2002a) Chancen und Risiken der Neuen Medien für Kinder und Jugendliche. SuchtReport 3, 22-26
- Spitzok von Brisinski, I.* (2002b): Zwänge: Von Schlafliedern, magischen Kräften und Schnürsenkeln. In: Knopp, M.-L. & Ott, G. (Hg.) Total durchgeknallt. Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 89-94
- Spitzok von Brisinski, I.* (2001): Ist die Zukunft das Land, das der Station gehört? Oder ist die Station das Land, das niemandem gehört? Ethnologische und politische Metaphern zur Kontextgestaltung stationärer systemischer Kinderpsychotherapie. In: Rothaus, W. (Hg.): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Carl Auer Verlag, Heidelberg, 278-298
- Spitzok von Brisinski, I.* (2000) Internet für Kinder- und Jugendpsychiater Folge 5: Was ist ein Link? Ein Internet-Glossar für Kinder- und Jugendpsychiater. Teil 1: A bis K. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 10(3): 22-43
- Spitzok von Brisinski, I.* (1997) Weitere unerwünschte Wirkungen von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI). Z f Kinder- u Jugendpsych 25: 272
- Spitzok von Brisinski, I., Gruber, T., Hinrichs, G., Köhler, D., Schaff, C.* (2006) Diagnostik und Therapie sexuell delinquenten Verhaltens bei Jugendlichen. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 16(3): 58-83
- Spitzok von Brisinski, I., Gruber, T., Hinrichs, G., Schaff, C.* (2007) Sexuell delinquentes Verhalten. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (Hrsg.) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 437-452
- Stanley, M. A., Cohen, L. J.* (1999) Trichotillomania and Obsessive-Compulsive Disorder. In: Stein, D. J., Christenson, G. A., Hollander, E. (Hg.) Trichotillomania. Washington, DC; London: American Psychiatric Press
- Strock, M.* (2004) Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developmental Disorders). NIH Publication No. NIH-04-5511, National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD, 40 pp. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/autism.cfm>
- Venzlaff, U., Pfäfflin, F.* (2004) Persönlichkeitsstörungen und andere abnorme seelische Entwicklungen. In: Foerster, K. (Hg.) Psychiatrische Begutachtung. Elsevier, München, 4. Aufl., 275-302
- Walters, G. D.* (1994a) The Gambling Lifestyle: I. Theory. Journal of Gambling Studies 10: 159-182
- Walters, G. D.* (1994b) The Gambling Lifestyle: II. Treatment. Journal of Gambling Studies 10: 219-235

- Warnke, A. (2005) Störungen der Impulskontrolle und abnorme Gewohnheiten. In: Schneider, S. (Hg.) Enzyklopädie der Psychologie, Bd. Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Hogrefe, Göttingen 725-759
- Weintraub, D., Siderowf, A. D., Potenza, M. N., Goveas, J., Morales, K. H., Duda, J. E., Moberg, P. J., Stern, M. B. (2006) Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease. *Arch Neurol* 63(7): 969-973
- Welfare, A. (1993) Systemic Approaches in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 14(3), 137-144
- Westenberg, H. (2006) DSM-V Obsessive Compulsive Spectrum Disorders Conference. <http://dsm5.org/conference10.cfm>
- Wewetzer, C., Walitza, S., Reitzle, K. (2007) Zwangsstörungen (F42). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (Hrsg.) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarb. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 73-86
- Williams, R. J., Royston, J., Hagen, B. F. (2005) Gambling and problem gambling with forensic populations. A review of the literature. *Criminal Justice and Behaviour* 32 (6): 665-689
- Young, K. S. (1996) Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior* 3(1), 237-244
- Zalsman, G., Hermesh, H., Sever, J. (2001) Hypnotherapy in adolescents with trichotillomania: three cases. *Am J Clin Hypn* 44(1):63-68
- Züchner, S., Cuccaro, M. L., Tran-Viet, K. N., Cope, H., Krishnan, R. R., Pericak-Vance, M. A., Wright, H. H., Ashley-Koch, A. (2006) SLITRK1 mutations in Trichotillomania. *Mol Psychiatry* 11(10): 887-889

Zur Diskussion gestellt:
**Ist die Minimale Cerebrale Dysfunktion
(MCD) tatsächlich überholt?**
Historischer und aktueller
Literatur- und Praxisbericht

Dietrich Holzer

Zusammenfassung

Dieser Aufsatz behandelt die Entdeckung, die Erforschung und auch die versuchte Eliminierung des somatogenetischen Faktors bei Risikokindern im Falle ihrer späteren ernsten Verhaltensstörungen. Die Kritik an diesem ursächlich relevanten MCD-Konzept im anglo-amerikanischen und im deutschsprachigen Wissenschaftsbetrieb wird referiert und auch bewertet, insbesondere hinsichtlich des deskriptiven und/oder ätiologischen Anspruchs in der Diagnostik. Auch wird die Frage der Fortschrittlichkeit bzw. der Rückschrittlichkeit des MCD-Konzepts behandelt.

Eine Neufassung des MCD-Konzepts wird angeregt angesichts seines aktuellen Stellenwertes bei schweren Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter.

I.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hat Thomas Mann (1900) mit der Romanfigur Hanno Buddenbrook das Bild und die Problematik eines frühkindlich hirngeschädigten Kindes mit minimaler zerebraler Dysfunktion sehr kundig behandelt: Es war ein Kind „das so sonderbar lautlos zur Welt kam“, so dass sein Vater auch nicht nachzufragen wagte, „warum nicht viel gefehlt hätte“. Dann war es in seiner Entwicklung „ein wenig“ zurück, besonders beim Sprechen und Gehen, und die wiederholten und schweren Zahnkrämpfe deuteten auf eine „Gehirnaffektion“ hin. Das leicht ermüdbare Kind zeigte Schulunlust, das Lernen und Aufmerken fiel ihm schwer, und im Sozialverhalten unterlag es immer. Es wurde von pavor nocturnus

heimgesucht. Sein „vollständiger Mangel an Frische und Energie“ riss den Vater zur Äußerung hin: „Du darfst stumm und dumm vor dich hinbrüten dein Lebtage!“ Nur in der Musik zeigte der Junge mit seiner Liebe zum freien Spiel ohne Noten seine „nicht ganz gewöhnliche Veranlagung“.

Die wissenschaftliche Behandlung der somatogenen Gehirnbeteiligung bei kindlichen Verhaltensstörungen wurde erst später nach dem I. Weltkrieg aufgenommen, und zwar bei überlebenden Kindern nach der sog. „Spanischen Grippe“ (Thiele 1926), einer Gehirnentzündung, die Millionen Todesopfer verlangt hatte. Seinerzeit wurde der ursächliche Stellenwert einer Somatogenese bei kindlichen Verhaltensstörungen für die Wissenschaft entdeckt. Bis dahin wurden dazu nur die sehr allgemeinen Anlage- und Umweltfaktoren wissenschaftlich behandelt.

Seinerzeit stellte sich auch schon die Frage, ob es regelhafte Zusammenhänge von somatogener Ursache und psychopathologischen Folgen im Sinne von spezifischen und typischen Schadensbildern gibt. Für enzephalitisch geschädigte Kinder konnte dazu Homburger (1926, S.456) feststellen: „Die Verhaltensänderungen stehen also zu den körperlichen Erscheinungen in keinem gesetz- oder regelmäßigen Abhängigkeitsverhältnis“.

Dieser Aufsatz wird zeigen, wie sich an dieser zentralen Frage die umfangreiche Forschung und Kritik nach dem II. Weltkrieg abarbeitete und noch abarbeitet, auch wenn sie nicht mehr die entzündlich verursachten sondern anderweitige frühe Hirnschäden zum Forschungsgegenstand hatte und hat.

Bei enzephalitisch geschädigten Kindern wurden seinerzeit einige schwere Verhaltensstörungen bzw. -änderungen festgestellt, u.a. auch die kindliche Erethie nach encephalitis epidemica (Schröder 1931, S.64), die eine offenkundige und hochprozentige deskriptive Übereinstimmung mit den heute sehr aktuellen Aktivitätsstörungen bei Kindern mit ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung) aufweist: „Erethie ist ein Sammelname für verschiedenartige Erscheinungen von äußerlich ähnlichem Gepräge. Man versteht darunter die planlose, für andere qualvoll und unerträglich werdende Unruhe von Kindern, das einförmige, rücksichts- und respektlose, unaufhörliche, oft sprunghafte, wenig beeinflussbare, von jedem Sinneseindruck abgelenkte Hasten und Greifen von einem zum anderen, welches ein ruhiges Spielen oder eine Selbstbeschäftigung wie bei einem Durchschnittskinde nicht aufkommen läßt, das In-ständiger-Bewegung-sein, oft nur neugierig suchend, oft mehr brutal, mit dem Drang, alles zu zerstören, andere zu belästigen, zu stoßen und zu beißen, gelegentlich gesteigert zu einem sinnlosen und furchtlosen Umherrennen, Springen, Klettern, einem anscheinend planvoll-boshaften Verhalten, bei mehr indifferenter oder mehr quengelig-nörgelnder Stimmungslage“.

II.

Bei schweren perinatalen Hirnschäden kommt es klinisch alsbald zu offensichtlichen und schweren Lähmungen und/oder geistigen Tiefständen und/oder Krampfneigungen.

Nach dem II. Weltkrieg wurde geforscht, ob auch nach Risikoschwangerschaften und -geburten (Beispiel: Asphyxie) mit über 20 bekannten Schädigungsmöglichkeiten - mit Noxenketten - nach einer psychobiologischen Latenzzeit doch auch diskrete Folgezustände auftreten: Entwicklungsdefizite und Verhaltensauffälligkeiten hinsichtlich Antriebs- und Stimmungslage, u.a. Aus der amerikanischen Literatur waren dazu die Arbeiten von Strauss und Werner (1941), Strauss und Lethinen (1947), sowie Strauss und Kephart (1955) bekannt geworden. In der deutschsprachigen Literatur wurden in der Zeit von 1954 bis 1978 zehn bekannter gewordene Monografien publiziert: Göllnitz (1954), Wewetzer (1959), Wunderlich (1963), Lempp (1964), Müller-Küppers (1969), Huffmann (1969), Issel (1971), Reit (1971), Gwerder (1976), und Sieber (1978). Es gelang aber nicht, ein klar definiertes Psychosyndrom nach frühen Hirnschäden zu erarbeiten, welches allgemein überzeugen konnte.

So versuchte Göllnitz (1953, 1971 S. 22f.) die Konzeption eines psychopathologischen Achsensyndroms und führte dazu aus: „Die Hirnstammsymptomatik dominiert bei allen frühkindlichen Hirnschäden, da der Hirnstamm am frühesten funktionstüchtig ist und in Fragen des Antriebs, der Ausdauer und der Affektivität sowie auch der Willenssteuerung eine entscheidende Rolle spielt“. Es wurden auch Konzeptionen unter den Begriffen einer Phasen- und Noxenspezifität und unter den Begriffen Enzephalopathie, Pseudopsychopathie und Charakteropathie versucht. Weitgehend anerkannt wurde das Lempp'sche Konzept einer Kovarianz von „Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose“. Alle Fachautoren waren sich allerdings dahingehend einig, dass es bei Risikoschwangerschaften und -geburten nicht zwangsläufig bei jedem Kind zu einem nachfolgenden Schadensbild kommen muss. So beschreibt Goethe seine Geburt in „Dichtung und Wahrheit“: „Durch Ungeschicklichkeit der Hebamme kam ich für tot zur Welt, und nur durch vielfältige Bemühungen brachte man es dahin, daß ich das Licht der Welt erblickte“.

Diese konzeptionelle Schwierigkeit musste im Ergebnis zum Versuch einer Eliminierung dieser Forschungsthematik herausfordern, wie noch auszuführen ist.

Trotz dieser konzeptionellen Problematik mit MCD konnte sich seinerzeit die Somatogenese bei schweren kindlich-jugendlichen Verhaltensstörun-

gen und -auffälligkeiten neben den nicht leicht zu objektivierenden Anlage- und Umweltfaktoren weitgehend etablieren. So konnte Stutte (zit. n. Koch 1971, S.55) unwidersprochen feststellen: „Die Somatogenese von Charakterstörungen dürfte heute von keiner Seite mehr bestritten werden. Sie ist aber auch gleichzeitig die einzige, von der wir behaupten können, daß ihre Existenz am ehesten bewiesen werden kann“.

Im Sinne einer „Mehrdimensionalen Diagnostik und Therapie“ (Kretschmer) war damit ein Fortschritt zu erkennen. Im Praxisteil dieses Aufsatzes wird dieser Aspekt noch einmal aufgenommen.

Elert (1970, S.8) teilte seinerzeit mit: „Zur Zeit muß man mit einem jährlichen Zuwachs von rund 2 000 schwer Hirngeschädigten rechnen, die Zahl der ‚leichteren‘ Cerebralschäden mit Charakteropathien dürfte kaum geringer sein“. Müller-Küppers (1969) fasste die Häufigkeitsangaben von Autoren zusammen und kam auf 5 bis 8% MCD-Fälle in der Bevölkerung. Es sei bei vorsichtiger Schätzung von 10 000 bis 15 000 betroffenen Kindern pro Jahr auszugehen.

Remschmidt (1995) sowie Binder und Michaelis (1997) haben diese prozentualen Schätzungen jetzt zeitnah bestätigt. Demnach handelt es sich immer noch um eine doch größere Teilpopulation in den heranwachsenden Generationen mit besonderen Problematiken in der Familiendynamik, in der Erziehung und im Unterricht, in der Berufsfindung und Rechtspflege.

Ewerbeck (1970) hatte seinerzeit mitgeteilt, dass zwar die Neugeborenen-Sterblichkeit sehr reduziert werden konnte, aber leider der Eindruck bestehe, dass bezüglich der frühkindlichen Zerebralschäden die Neugeborenenmorbidity nicht in gleicher Weise abfällt und vielleicht sogar zunimmt. Zur Erklärung wurde auf das weit intensivere ärztliche Ringen um jedes Risikokind hingewiesen.

III.

Im anglo-amerikanischen Schrifttum ist die Forschungstradition zur MCD nach einem Aufsatz von Gomez (1967) abgebrochen. Er steht unter dem programmatischen Titel: „Minimale Cerebrale Dysfunktion - Maximale Neurologische Konfusion“ und basiert auf Anregungen einer Studiengruppe für Kinderneurologie, die in den Jahren 1962/63 keine Beweise für anatomische Verletzungsvorgänge in der perinatalen Schädigungszeit gefunden hat. Daher sei es nicht hinreichend, wenn lediglich Funktionsstörungen als Beweise für das diagnostische Etikett „minimal brain damage“ dienen. Soweit das MCD-Konzept ohnehin schon die Funktionsstörungen der motorischen Defizite, des hyperkinetischen Verhaltens, der Wahrnehmungs- und Kommunikationsstörungen und der geistigen Mängel umfasst, sollten

diese Deskriptionen allein schon hinreichen, denn eine Diagnose der Hirnschädigung führe dann lediglich zur Konfusion. Immerhin aber werden die fünf psychopathologischen Erscheinungsbilder bei MCD positiv bestätigt, und dies kann zum Ertrag dieses kritischen Aufsatzes zählen. Der Autor kam zur abschließenden Bewertung: „Die Einführung der diagnostischen Etikette ‚Minimal Cerebral Dysfunction‘ stellt einen Rückschritt für die Nosologie der Verhaltens- und Lernstörungen dar“.

IV.

Die deutschsprachigen Kritiker gingen eher von der idealen und trotzdem irrigen Vorstellung aus, dass ein überzeugendes MCD-Konzept eine definierte frühe Hirnschädigung als Ursache für ein definiertes psychopathologisches Schadensbild beinhalten müsse. Dies konnte die Forschung allerdings nicht leisten.

Machemer (1974) kritisierte die in einer überlasteten Praxis oft geübte, aber leichtfertige Gleichsetzung von Symptomatik und deren Ursache im Falle einer frühen Hirnschädigung mit MCD, da es zudem kein klar definiertes Psychosyndrom dafür gibt. Er merkte ferner dazu an, dass sich mit Anamnese, Exploration, Verhaltensbild und Tests in der Regel keine sichere Diagnose stellen lasse, sondern allenfalls eine Hypothese zu bilden ist. Er kam insgesamt zu dem Ergebnis: „Hier kann die ‚LFH‘ (leichte frühkindliche Hirnschädigung) sehr leicht als Alibi für die Unfähigkeit des Diagnostikers bzw. seine wenig brauchbaren Verfahren fungieren“.

Mehr als zehn Jahre danach erneuerten und verschärfen Esser und Schmidt (1987) die Kritik an MCD. Die Autoren konnten sich auf Untersuchungen an 399 Kinder im Alter von 8 Jahren stützen, die im Alter von 13 Jahren nachuntersucht wurden. Damit ist sie die letzte bekannt gewordene empirische Untersuchung zur Thematik und insofern auch maßgebend. Die Autoren zogen 104 Variablen heran, die sie für das Psychosyndrom MCD relevant hielten und reduzierten sie auf 30 Variablen, da ihnen die operable und messbare Erfassbarkeit vorrangig war. Lempp (1988, S.33) kritisierte diese Methodik als „willkürlich und orientiert (...) allein an der Verwendbarkeit für Meßgrößen und nicht an der Nähe zum untersuchten Syndrom“. Die Autoren waren zum Ergebnis gekommen: Frühkindliche Hirnschäden führen nicht nachweisbar zu Funktionsstörungen, sie rufen auch keine spezielle Psychopathologie hervor, und sie sind damit als ursächlicher Faktor klinisch irrelevant und nur geeignet von den Faktoren der Erziehung und Genetik abzulenken.

Ganz überraschend und unerklärt rückten die Autoren aber von ihrer Fundamentalkritik ab und rehabilitierten nach wenigen Jahren das Konzept eines Psychosyndroms nach frühen Hirnschäden:

Esser (1995, S.282): „Zwei Drittel der motorisch gestörten Kinder sind Jungen. In der Anamnese finden sich vermehrt prä- und perinatale Hinweise auf eine frühkindliche Hirnschädigung. Erwartungsgemäß zeigen motorisch entwicklungsgestörte Kinder eine erhöhte Rate feinneurologischer Zeichen“. Schmidt (1995, S.362): „Die Ätiologie der Intelligenzminderung ist kaum für die Art der psychischen Auffälligkeiten von Belang, sie beeinflusst jedoch die kognitive Beeinträchtigung. Bei hirngeschädigten Kindern trägt sie in der Regel deutlich den Stempel eines hirngeschädigten Psychosyndroms, was mit Schwächen auch im Bereich der Wahrnehmungsorganisation einhergeht“.

V.

In der Praxis hat sich die versuchte Eliminierung des MCD-Psychosyndroms bislang nicht durchgesetzt, und traumatische Schwangerschafts- und Geburtsverläufe sowie defizitäre Entwicklungen von Kindern werden immer noch flächendeckend in Mutterpässen, Vorsorgeheften und schulischen Fragebögen dokumentiert. Andererseits zeigt sich in der Praxis, wie eine lediglich deskriptiv und phänomenologisch ausformulierte Diagnose wie ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung) als solche akzeptiert ist und nur sehr wenig hinsichtlich der eigentlichen bzw. vermuteten Ätiologie hinterfragt wird.

In Erziehungs- und Rechtsfällen kommt es vielfach aber genau hierauf an, wie diese kurze Falldarstellung zeigen kann: Bei einer alleinerziehenden, schlicht strukturierten und gebrochen Deutsch sprechenden Mutter von drei jungen Kindern beantragt die Jugendbehörde den gerichtlichen Entzug des mütterlichen Sorgerechts mit Fremdunterbringung der Kinder, weil eines stark entwicklungsverzögert, ein anderes stark verhaltensgestört und das dritte durch sie gefährdet sei. Die Begutachtung anhand des Mutterpasses und des Verhaltensbildes ergab, dass bei den auffälligen beiden Kindern die überzeugenden Voraussetzungen für eine MCD-Symptomatik vorliegen konnten, zumal eines der Kinder hierzu bereits klinisch beobachtet worden war. Insofern wurden angemessene heilpädagogische Hilfen eingeleitet und ein unangemessen scharfer Eingriff in das Elternrecht vermieden. Für die erzieherische Praxis mit verhaltensgestörten und -auffälligen Kindern und Jugendlichen war und ist diese Diagnostik der somatogenetischen MCD-Zusammenhänge ein ganz fassbarer Fortschritt: Die oft ganz abstrakten und auch stereotypen Beratungen ihrer erzieherischen Bezugspersonen

sonen über die vagen Anlage- und Umweltfaktoren werden abgelöst durch die Besprechung der biopsychologischen und biosozialen Grundlagen einer konkreten erzieherischen Herausforderung. Die unvermeidliche Schuldfrage zu den Ursachen von Verhaltensstörungen und -auffälligkeiten wird weniger an die familiären und/oder gesellschaftlich-sozialen Verhältnisse gerichtet, so dass eine entkrampfte, entspannte und ideologiefreiere Erziehungsatmosphäre allen Beteiligten positiv zugute kommen kann. Lempp (1975, S.270f.) hat diesen Fortschritt beschrieben: „Hier aber setzt die Bedeutung einer ursächlichen Diagnose einer leichten frühkindlichen Hirnschädigung ein. Wenn Erzieher und Eltern erfahren, daß für die funktionellen Störungen des Kindes oder sein Fehlverhalten weder sie selbst verantwortlich zu machen sind, noch es am guten Willen des Kindes fehlt und damit an ihrer Erziehungsfähigkeit, dann erst kann die für eine erfolgreiche pädagogische und psychotherapeutische Behandlung unbedingt notwendige schuldentlastende Atmosphäre um das Kind entstehen. Die Diagnose einer leichten frühkindlichen Hirnschädigung, auch wenn sie nur verdachtsweise gestellt werden kann, beseitigt das ‚große Mißverständnis‘, das sich regelmäßig bei diesen leichtgradig frühkindlich hirngeschädigten Kindern und ihren Erziehern einzustellen pflegt und das erst zum eigentlich pathogenen Faktor zu werden droht“.

Soweit sich die erzieherischen Aktionen und Reaktionen stets nach allen Erkenntnissen über die Ursachen eines korrekturbedürftigen Verhaltens richten sollten, gilt dieser Grundsatz besonders für auffällige Kinder und Jugendliche. Eine gelungene Eliminierung des Psychosyndroms MCD könnte so ein Rückschritt für sie, ihre Bezugspersonen und auch für die Sonderpädagogik sein.

VI.

Nichtsdestoweniger erscheint die Thematik der frühen Hirnschäden mit dem MCD-Syndrom in den letzten Dekaden von der wissenschaftlichen Agenda entschwunden zu sein. Nach der kritischen Arbeit von Esser und Schmidt (1987) erklärte Lempp (1988, S.31), dass damit „der MCD als Diagnose scheinbar der Todesstoß versetzt wurde“. Er bestätigte jüngst, dass diese Diagnose „inzwischen in Vergessenheit geraten ist“ (Lempp 2005).

Es kann aber nicht davon ausgegangen werden, dass dies ein Erfolg der kritischen Arbeiten zum MCD-Konzept ist, denn das Interesse an dieser Thematik war schon lange zuvor rückläufig. Müller-Küppers (2006) hat jüngst dafür eine überzeugende Erklärung gegeben: „Die ‚leichte frühkindliche Hirnschädigung‘ hatte wohl auch deshalb keine gute wissenschaftliche Überlebensprognose, weil die Symptomatik - entsprechend der höchst

diffizilen Vulnerabilitätsmöglichkeiten - changierte und der Nachweis auch als Summation aus neurologischen und testpsychologischen Tendenzbefunden nicht überzeugte. Es gab aber auch ein psychologisches Problem: Die Diagnose war eine Kränkung der ganzen Familie, die auch das Kind diskreditierte und Abwehrreaktionen provozierte. Das organische Psychosyndrom ist in der Kinderpsychiatrie nicht nur verschwunden, sondern im Stichwortverzeichnis der psychiatrischen Lehrbücher für Erwachsene gar nicht angekommen: Diese Diagnose wird fast nicht gestellt“.

Insofern wird im folgenden Abschnitt der aktuelle Stellenwert von MCD bei schweren Persönlichkeitsstörungen von Erwachsenen behandelt.

In der kindbezogenen Fachliteratur kommt es inzwischen vereinzelt zu einer Art von Desinformation, die den Eindruck einer Absicht zur Tabuisierung aufkommen lässt. So beschreiben Binder und Michaelis (1997, S.8) die Lebensbilder von Menschen mit MCD und führen aus: „Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge haben 5-10 Prozent aller Kinder ein MCD-Syndrom. Es äußert sich durch eine verzögerte Entwicklung, u.a. sind Motorik und Sprache oft betroffen. ... Das MCD-Syndrom ist keine Krankheit und beruht nicht auf einer Hirnschädigung“.

Soweit die internationale Nomenklatur (ICD und DSM) rein phänomenologisch und deskriptiv orientiert ist, ist es gleichsinnig, wenn der ätiologische Aspekt des MCD-Psychosyndroms nach frühen Hirnschäden vorerst entschwinden erscheint.

Es bleibt die wissenschaftliche Kontroverse, wonach einmal die Entdeckung und Erforschung der Somatogenese bei ernsten kindlichen Verhaltensstörungen ein mehrdimensionaler Fortschritt und andererseits die Einführung der diagnostischen Etikette MCD ein konfusionsträchtiger Rückschritt für die Nosologie der Verhaltens- und Lernstörungen bei Kindern sei. Insofern könnte weiterer konzeptioneller und empirischer Forschungsbedarf bestehen, auch mit den inzwischen neuen Forschungsmitteln.

VII.

Wenn nach frühen Hirnschäden keine einheitlichen, sondern sehr unterschiedliche MCD-Folgezustände bei Kindern ermittelt wurden, so muss hier vorab darauf hingewiesen werden, dass auch bei ernsten Verhaltensproblemen im Erwachsenenalter mit MCD-Bezug ebenfalls ganz disparate Verhaltensbereiche ermittelt wurden: Kürzlich erschien diese Meldung aus der Wissenschaft in der Presse: „Essstörungen nach Problemen bei der Geburt. - Chicago (ddp) Komplikationen während und unmittelbar nach der Geburt erhöhen für die Kinder im späteren Leben das Risiko für Essstörungen wie Magersucht und Bulimie. Das haben italienische Wissenschaft-

ler herausgefunden. Sie verglichen die Daten von mehr als 700 Frauen. 114 Probanden waren magersüchtig und 73 litten an Bulimie. Je mehr Geburtskomplikationen aufgetreten waren, desto eher entwickelten die Frauen Essstörungen, schreiben die Forscher im Fachmagazin ‚Archives of General Psychiatry‘ (Rheinische Post 4.1.2006).

Die Beziehung von MCD zur Schizophrenie wird seit langem diskutiert. Aus der Lafarge Clinic New York teilte beispielsweise Mosse (1960, S.72ff) mit: „Viele Fälle vermeintlicher kindlicher Schizophrenie werden nicht in staatliche Heilanstalten, sondern in staatliche Schulen für Schwachsinnige geschickt. In einer solchen Schule wurde festgestellt, daß sich 95 % der Fälle, die unter der Diagnose kindliche Schizophrenie eingeliefert worden waren, als grob organische Fälle entpuppten, z.B. als enzephalitische Folgezustände“.

Bei erwachsenen Schizophrenen befasste sich Häfner (2000) mit den vorgeburtlichen und kindlichen Befunden, die als somatogene Risikofaktoren eingeordnet und bewertet werden. Vieten (2007) fasste den ursächlichen Zusammenhang zusammen: „Es handelt sich wohl um eine komplexe Hirnerkrankung, die sich langsam entwickelt und die auf Vererbung und geringen Geburtskomplikationen, etwa Sauerstoffmangel, beruht“.

Als einzig valides und objektives feinneurologisches Körpermerkmal für eine durchgemachte frühkindliche Hirnschädigung wurde von namhaften Autoren die Symptomatik eines oder mehrerer ‚Bajonettfinger‘ ermittelt und hinsichtlich der hypoxischen Verursachung und diencephalen Lokalisation (Koch 1971) anerkannt. Borini (1999) hat dieses körperliche Merkmal bei Erwachsenen in seiner Häufigkeit untersucht: „Die Häufigkeit des Bajonettfingers als Symptom für eine Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) wurde bei männlichen Alkoholikern und Psychotikern einer psychiatrischen Klinik ermittelt. Das Merkmal eines Bajonettfingers wurde bei 25% der 200 Alkoholiker, bei 45% der 100 Psychotiker und bei 16% der 50 Kontrollpersonen festgestellt“. Dieser insgesamt bescheidene Forschungsstand lässt aber doch wohl die Schlussfolgerung zu, dass das Psychosyndrom MCD nach frühen Hirnschäden nunmehr in der Erwachsenenpsychiatrie angekommen ist, während es im Bereich seiner Entdeckung und Erforschung weitgehend abhanden gekommen ist oder es so scheint. Kann dies eine Herausforderung für neue Forschungsansätze mit neuen Methoden sein?

Der Verfasser (Holzer 1976) konnte zurückliegend sechs Falldarstellungen von problematischer psychosexueller Orientierung bei Jugendlichen mit MCD zur Diskussion stellen. Diese Problematik wird abschließend hier bei einer Erwachsenen behandelt: Die 28 Jahre alte Krankenschwester befand

sich nach drei ambulanten und stationären psychotherapeutischen Behandlungen in einer Rehabilitationsmaßnahme und suchte parallel erneute Beratung, weil sie aktuell von einer Kollegin als zu aufdringlich zurückgewiesen wurde. Sie fühle sich seit Jahren in ihrer „Haut nicht mehr wohl“, leide unter irritierenden psychosexuellen Impulsen, die sie verunsichern und mit Misserfolgserlebnissen in der Praxis enden. Aufgrund ihrer Art komme es zu Mobbing am Arbeitsplatz mit häufigen Angst- und Panikzuständen. Bislang sei ihr vorgeschlagen worden: ein bewusst weiblicheres Auftreten, ein alsbaldiger Berufswechsel und die Lockerung ihrer engen Mutterbindung. Diese Vorschläge lösten bei ihr Befremden und Widerstand aus und vertieften ihre Lebenskrise.

Ich bat sie darum, bei ihrer Mutter ihre Geburtsanamnese einzuholen. Sie war als Zangengeburt und mit einer sehr schweren Neugeborenenengelbsucht zur Welt gekommen und wurde in eine Spezialklinik verlegt. Insofern war mit Zeller (1960) die Diagnose einer unsicheren und gestörten „heterosexuellen Achse“ aufgrund eines wahrscheinlichen Psychosyndroms nach möglicher frühkindlicher Hirnschädigung zu stellen. Als naturwissenschaftlich geschulte Kraft konnte sie mit diesen diagnostischen Überlegungen verständlich umgehen und sich ihre somatopsychische Disharmonie immer besser erklären. Insofern konnten mit ihr lebenspraktische Kompensationen und Wege zur Selbstfindung günstig beraten werden.

Adresse des Autors:

Dietrich Holzer, Dipl.-Psychologe
Margaretenweg 7a
46499 Hamminkeln

Literatur

- Binder, G., Michaelis, R.* (1997) Mein Kind ist doch nicht dumm? Entwicklungs- und Lernstörungen. Ravensburg: Ravensburger Buchverlag
- Borini, P.* (1999) Prevalence of "Bajonettfinger": a manifestation of attention-deficit hyperactivity disorder among male alcoholics and psychotics. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 57(2A), 225-232
- Elert, R.* (1970) Ätiologie und Verhütung frühkindlicher Hirnschäden. In: Stutte, H., Koch, H. (Hg.) Charakteropathien nach frühkindlichen Hirnschäden. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 4-9
- Esser, G., Schmidt, M.* (1987) Minimale cerebrale Dysfunktion - Leerformel oder Syndrom? Stuttgart: Enke

- Esser, G.* (1995) Umschriebene Entwicklungsstörungen. In: F. Petermann, F. (Hg.) Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 267-285
- Ewerbeck, H.* (1970) Frühkindliche Hirnschädigung. Pathogenese, Früherkennung, Differentialdiagnose. In: Stutte, H., Koch, H. (Hg.) Charakteropathien nach frühkindlichen Hirnschäden. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 10-17
- Göllnitz, G.* (1953) Das psychopathologische Achsensyndrom nach frühkindlicher Hirnschädigung. Zeitschr Kinderpsychiat 20, 97-104
- Göllnitz, G.* (1954) Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie. Leipzig: Thieme
- Göllnitz, G.* (1972) Das organische Psychosyndrom. In: Rett, A. (Hg.) Das organische Psychosyndrom im Kindesalter. Wien, New York: Springer, 10-25
- Gomez, M. R.* (1967): Minimal Cerebral Dysfunction (Maximal Neurologic Confusion). Clinical Pediatrics 6(10), 589-591
- Gwerner, F.* (1976) Das Syndrom der leichten frühkindlichen Hirnschädigung. Bern, Stuttgart, Wien: Huber
- Häfner, H.* (2000) Das Rätsel Schizophrenie. München: Beck
- Holzer, D.* (1976) Sexualpathologische Entwicklung infolge frühkindlicher Hirnschäden. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 25, 173-175
- Homburger, A.* (1926) Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Springer
- Huffmann, G.* (1968) Das neurologische und psychische Defektsyndrom bei frühkindlichem Hirnschaden. Stuttgart: Thieme
- Issel, E. P.* (1971) Die Bedeutung des zerebralen Geburtsschadens für die Entwicklung des Kindes in der Gesellschaft. Leipzig: Thieme
- Koch, H.* (1971) Streckbajonettfinger-Genese und Bewertung. Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete VIII, 55-63
- Lempp, R.* (1964) Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern, Stuttgart, Wien: Huber
- Lempp, R.* (1975) Stellungnahme zur Arbeit P. Machemer. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 24, 270-271
- Lempp, R.* (1988) Ist die MCD tatsächlich nur eine Leerformel? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 16, 31-36
- Lempp, R.* (2005) Persönliche Mitteilung
- Machemer, P.* (1974) Zum Problem der Diagnose leichter frühkindlicher Hirnschäden bei Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 23, 125-129
- Mosse, H. L.* (1960) Der Mißbrauch der Schizophreniediagnose im Kindesalter. Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete II, 68-76
- Müller-Küppers, M.* (1969) Das leicht hirngeschädigte Kind. Stuttgart: Hippokrates
- Müller-Küppers, M.* (2006) Persönliche Mitteilung
- Remschmidt, H.* (1995) Grundlagen psychiatrischer Klassifikation und Psychodiagnostik. In: Petermann, F. (Hg.) Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 3-52
- Rett, A.* (1971) Das hirngeschädigte Kind. Wien, München: Verlag Jugend und Volk
- Schmidt, M. H.* (1995) Psychische Störungen infolge Intelligenzminderung. In: Petermann, F. (Hg.) Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 351-379
- Schröder, P.* (1931) Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten. Breslau: Hirt
- Sieber, M.* (1978) Das leicht hirngeschädigte und das psychoreaktiv gestörte Kind Bern: Huber

- Strauss, A. A., Werner, H.* (1941) The mental organization of the brain-injured mentally defective child. *American Journal of Psychiatry* 97, 1194-1203
- Strauss, A. A., Lethinen, L. E.* (1947) *Psychopathology and Education of the brain-injured child I.* New York: Grune and Straton
- Strauss, A. A., Kephart, N. C.* (1955) *Psychopathology and Education of the brain-injured child II.* New York: Grune and Straton
- Thiele, R.* (1926) Zur Kenntnis der psychischen Residualzustände nach Encenhalitis epidemica bei Kindern und Jugendlichen. *Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 36, 1-100
- Vieten, J.* (2007): Früherkennung der Schizophrenie. Doktors Kolumne in: Rheinische Post vom 2.2.2007
- Wewetzer, K. H.* (1959) *Das hirngeschädigte Kind.* Stuttgart: Thieme
- Wunderlich, Ch.* (1963) *Die Psychodiagnostik des organisch hirngeschädigten Kindes.* Stuttgart: Thieme
- Zeller, W.* (1960) Über biologische Voraussetzungen psychosexueller Abartigkeiten bei Jugendlichen. *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete I*, 22-32

Kommentar:
**Sprachstandsfeststellungsverfahren
„Delphin 4“
aus logopädischer Sicht**

Frank Grevenrath

„Delfin 4“ ist die Abkürzung für Diagnostik, Elternarbeit und Förderung der Sprachkompetenz 4-Jähriger in NRW. Das Verfahren zur Sprachstandfeststellung wurde im Auftrag des Schulministeriums entwickelt und im Frühjahr 2007 zum ersten Mal flächendeckend angewendet. Es stellt die erste Stufe zum Sprachscreening im Rahmen des neu eingeführten Sprachförderprogramms in NRW dar (von Suchodoletz 2007).

Das Verfahren ist in 2 Untersuchungsverfahren eingeteilt:

Phase 1: Feststellung sprachauffälliger Kinder im 4. Lebensjahr

In einer Gruppe mit 4 Kindern spielt eine Erzieherin ein Zoo-Spiel mit 4 Aufgabentypen (Sprachverständnis - Handlungsanweisung ausführen; Sätze nachsprechen; Logatome¹ nachsprechen; Nacherzählung einer Bildergeschichte). Eine Grundschullehrerin protokolliert während des Spiels (der Dokumentationsbogen hierzu sollte für die Auswertung klarer definiert werden, da die PädagogInnen zum Teil eine freie Einschätzung vornehmen müssen). Für die Durchführung sind 30 Min. vorgesehen.

Phase 2: Feststellung förderbedürftiger Kinder

Das konkrete Testverfahren ist allgemein noch nicht bekannt. Jedoch werden folgende Teilbereiche anvisiert:

- Phonologische Bewusstheit
- Lexikon und Semantik

¹ **Logatome** sind einsilbige Wörter, die einzeln und im Zusammenhang keinen Sinn ergeben, so dass eine logische Ergänzung des beim Test nicht richtig verstandenen Logatoms nicht möglich ist. Beispiele für **Logatome**: lan - schles - sen - griirk - gold - trül - zwet - bar - jul - hecht - wint – usw.

- Morpho-Syntax
- Erzählstruktur

Aufgrund der Ergebnisse von Phase 1 wird entschieden, welche Kinder als sprachauffällig erscheinen und somit in Phase 2 über ein Feinscreening erneut eingeschätzt werden.

Hierzu ist kritisch anzumerken, dass in Phase 1 „Delphin 4“ die Überprüfung in einer Gruppe stattfindet. Weiterhin erscheint dieser Aufwand als fehlgeleitet, insofern in den Einrichtungen bereits eine Entwicklungsdokumentation durchgeführt wird, die durchaus eine Einschätzung darüber erlaubt, ob ein Kind sprachauffällig ist oder nicht. Zurzeit ist nicht bekannt, wie der Prozentsatz an Kindern eines Jahrgangs, die keinen Kindergarten besuchen, erfasst werden. Die Zahl wird auf ca. 3,7 % geschätzt.

In Phase 2 wird nun konkretisiert, in welchen Teilbereichen ein Kind auffällig erscheint. Unserer Meinung nach, sollte diese Phase genutzt werden, sprachgestörte von spracharmen Kindern zu differenzieren. Hierzu bedarf es sicher einer fachlich fundierten Einschätzung.

Der weitere Ablauf sieht eine Sprachförderung der auffälligen Kinder in den Einrichtungen (Kindertagesstätten) vor. Aus unserer Sicht, liegt die Schwierigkeit darin, dass bei unterschiedlichem Wissensstand der Erzieherinnen (auch Motivation) Kinder mit unterschiedlichem Bedarf in einer Gruppe zusammengefasst werden, wobei die zu vermittelnden Inhalte nicht definiert sind.

Die beiden Verbände dbl (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.) und dbs (Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten) boten dem zuständigen Ministerium bereits zu Planungsbeginn eine fachliche Unterstützung an, die mit den Worten „wir kommen auf Sie zu“ offen blieb.

Aus sprachtherapeutischer/logopädischer Sicht sollte ein solches Verfahren im Wesentlichen den Anspruch erheben, einerseits sprachauffällige Kinder zu erfassen und andererseits diesen eine angemessene Maßnahme zu ermöglichen.

Nachfolgend finden Sie eine Übersicht der wesentlichen Merkmale zur Abgrenzung Sprachförderung / Sprachtherapie, die von unseren beiden Fachbereichsgruppen genannt werden:

Sprachförderung			Sprachtherapie		
Wann und für wen?	Norm	<p>Sprachförderung geschieht normalerweise von Geburt an in der natürlichen Kommunikation, sie unterstützt die gesunde Entwicklung.</p> <p>Sie kann schon sehr früh, z.B. bei sprachlichen Auffälligkeiten und bei Migrationshintergrund, im Sinne der Prävention systematisiert und bewusster eingesetzt werden.</p>	Wann und für wen?	Früherkennung	<p>Schon ab dem Alter von zwei Jahren erlauben Spontansprachprobe, Testverfahren Dialoganalyse und eine klientenzentrierte Anamneseerhebung dem Spezialisten eine zuverlässige Bestimmung von sprachentwicklungsgestörten und störungsgefährdeten Kindern.</p> <p>Sprachtherapie sollte aufgrund einer Differentialdiagnostik einsetzen und nicht erst dann, wenn sich die Sprachförderung als unzureichend erwiesen hat. Sie sollte so früh wie möglich beginnen, um natürliche Spracherwerbsmechanismen zu nutzen und einer negativen Entwicklungsspirale vorzubeugen.</p> <p>Risiko Beratung Elterntraining Kurzzeittherapie</p> <p>Eine Elternberatung wirkt entlastend und regulierend. Bereits bei Risikokindern können ein Elterntraining oder eine Kurzzeittherapie notwendig sein, um die Bedingungen für den</p>

					<p>Spracherwerb gezielt zu verbessern.</p>
				<p>Störung Beratung Eltern- training Kurzzeit- therapie Intervall- therapie Langzeit- therapie</p>	<p>Bei spezifischen Sprachentwicklungsstörungen (SSES) ist je nach Anzahl der betroffenen Bereiche, Ausprägung der Störung und genereller Entwicklungskonstellation mit einer Thera- piedauer zwischen 3 und 24 Monaten bei einer Frequenz von 1-2 mal wöchentlich zu rechnen. Unter Berücksichtigung von Störungsbild und (Spontan-) Entwicklung des Kindes sind in manchen Fällen Intervalltherapien sinnvoll.</p>
				<p>SES SSES</p>	<p>Nicht nur bei Sinnesbeeinträchtigungen, allgemeinen Entwicklungsstörungen, Mehrfachbehinderungen und genetischen Syndromen sind Sprachstörungen (SES) langfristig, auch Kinder mit SSES haben ein erhöhtes Risiko für Spätfolgen und ein Leben mit sprachlich-kommunikativen</p>

					Einschränkungen, so dass Sprachtherapie wiederkehrend notwendig sein kann.
	<p>Migrati-onshin-tergrund Anre-gung-sarmut</p> <p>Migrati-onshin-tergrund Anre-gung-sarmut</p> <p>Sprach-auffäl-ligkeiten bei bio-logischer Dispo-sition</p> <p>Sprach-störun-gen</p>	<p>Sprachförderpro-gramme wurden be-reits für verschie-dene Zielgruppen konzipiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unauffällige Vorschulkinder mit Deutsch als Muttersprache • Kinder mit Migrationshin-tergrund • Kinde aus anregungsarmem sozialen Umfeld • Kinder mit Risiko zur Le-se-Rechtschreib-Schwäche <p>Sprachförderung sollte therapeutische Prozesse be-gleiten und Erfolge stabilisieren.</p>	Wer?		<p>Sprachtherapie wird von akade-mischen Sprach-therapeuten, Lo-gopäden, Atem-, Stimm- und Sprechlehrern nach ärztlicher Verord-nung durchge-führt. Akademi-sche Sprachthera-peuten sind Sprachheilpäda-gogen, Klinische Linguisten, Klini-sche Sprechwis-senschaftler und Patholinguisten.</p>
Wer?	Alle Be-zugspersonen		Wo?	In kas-senzuge-lassenen und spe-ziel ausge-statteten Räumen	<p>Sprachtherapie er-folgt in Abhän-gigkeit einer Kas-senzulassung in freien Praxen in speziell bereitge-stellten und dafür ausgestatteten Räumen in Früh-förder-einrichtungen, Schulen, Ambu-lanzzentren und Kliniken. Bei der räumlichen Aus-stattung müssen</p>

					die von den Krankenkassen erstellten Kriterien erfüllt sein.
Wo?	Überall und jederzeit	Sprachförderung kann überall und jederzeit erfolgen, z.B. Zuhause und unterwegs, in Spielgruppen und Kindertagesstätten, Frühförderinstitutionen und in der Schule.		Kosten?	gesetzliche und private Krankenkassenversicherer
					Medizinisch indizierte Sprachtherapie wird von gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen bezahlt. Die Gesamtkosten für Sprachtherapie betragen knapp 10% aller Heilmittelausgaben und weniger als 0,3% der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen.
Wo?	Bundeslandspezifisch	Die Kosten übernehmen die Länder, Städte und Kommunen (z.B. Sozial- und Jugendämter) sowie freie Träger (z.B. Wohlfahrtsverbände) je nach bundeslandspezifischer Regelung			

Adresse des Autors:

Frank Grevenrath

Staatl. anerkannter Logopäde , Soziotherapeut

Düsseldorfer Str. 10 , 41749 Viersen

Literatur:*Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (2006-2007)*

Informationen zu den verpflichtenden Sprachtests

www.schulministerium.nrw.de/BP/Eltern/Einschulung/Sprachtests-Info*Deutscher Bundesverband für Logopädie (2007) www.dbl-ev.de**Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (2007) www.dbs-ev.de**von Suchodoletz, W. (2007) Kommentar: Sprachförderprogramm in NRW. Forum der**Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 17(2): 29-31*

Buchrezensionen

Schmidt-Traub, C.: **Zwänge bei Kindern und Jugendlichen.** Hogrefe Verlag, Göttingen, 2006. 165 Seiten, 16,95€, ISBN 3-8017-1979-0

Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen schränken nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen erheblich ein, sondern stellen erhebliche Belastungen für ihre Eltern, Geschwister, Lehrer usw. dar, d.h. sie sind „Familienerkrankungen.“ Für den Behandlungserfolg ist es daher wichtig, die Betroffenen letztendlich zu „Experten für die Erkrankung“ auszubilden. Insbesondere zu Beginn fällt es den Betroffenen oft schwer, scheinbar noch harmlose Marotten bzw. zwanghafte Gewohnheiten von behandlungsbedürftigen Zwangsgedanken bzw. – handlungen zu unterscheiden. Daher benötigen die betroffenen Kinder, Jugendliche, ihre Eltern und erwachsene Bezugspersonen für Laien verständliche Informationen über die Erkrankung, Diagnostik und Behandlung.

Das vorliegende Buch bietet die entsprechenden Antworten und vor allem handlungsorientierte Behandlungsstrategien und Tipps für den Alltag.

Das vorliegende Buch ist von einer erfahrenen Praktikerin für die Betroffenen geschrieben: in zwei Hauptabschnitten werden Erscheinungsbild, Behandlungsstrategien einschließlich Möglichkeiten zur Selbsthilfe anhand zweier Fallbeispiele (Michael und Laura) verständlich dargestellt. Während der 12jährige Michael unter Zwangsgedanken, so seinem Vater könne etwas Schlimmes zustoßen, mit einem Frage- und Waschwang leidet, stehen bei der 16jährigen Laura neben Zwangsgedanken Zähl-, Wiederholungs-, Ordnungs- und Waschwänge im Vordergrund der Symptomatik. Das Buch ist eindeutig aus einem verhaltenstherapeutischen und psychoedukativen Blickwinkel geschrieben. Teil 1 wendet sich aus einer Erwachsenenperspektive an Eltern, Erzieher und Therapeuten. Teil 2 hingegen behandelt die Thematik aus einer kindzentrierten Perspektive und wendet sich an betroffene Kinder und Jugendliche (und ggf. auch Geschwister). Praxisorientierte Tipps, Handlungsanweisungen insbesondere anhand der o.g. beiden Fallbeispiele, Arbeitsmaterialien (im Anhang), so Symptomchecklisten, Beispiele für ein Zwangstagebuch, progressive Muskelentspannung usw. ergänzen den Text. Ansprechende Illustrationen und gra-

phisch hervorgehobene Merkfelder erleichtern das Leseverständnis und heben wichtiges übersichtlich hervor. Dadurch dass das vorliegende Buch sehr praxisbezogen, in einer für Laien gut verständlichen Sprache, dabei zugleich präzise und informativ sowie mit zahlreichen Fallvignetten geschrieben ist, liest es sich flüssig für betroffene Kinder, Jugendliche, ihre Eltern, Geschwister und Lehrer. Aber auch Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Erzieher, Krankenschwestern, Fachtherapeuten usw. werden das Buch wegen seiner Praxisorientierung und lebendigen Darstellweise schätzen lernen. Ein übersichtliches Literaturverzeichnis und Kontaktadressen am Ende erlauben bei Bedarf eine Vertiefung der Thematik.

Insgesamt ist es ein lesenswertes, kurzes, preisgünstiges und engagiert geschriebenes psychoedukatives Buch, dem eine weite Verbreitung bei den betroffenen Familien und den unterschiedlichen Berufsgruppen zu wünschen ist. Es ergänzt die bereits zu dem Thema geschriebenen Bücher sinnvoll, gehört somit auch auf den Schreibtisch von TherapeutInnen, um es vorrangig dann Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern, aber auch LehrernInnen oder auch MitarbeiterInnen zur Verfügung zu stellen.

Dr. Jochen Gehrman, Ludwigshafen

Gammer C.: Die Stimme des Kindes in der Familientherapie. Carl-Auer Verlag, Heidelberg. 2007. 351 Seiten, 29,95€, ISBN 978-3-89670-538-9

Wie reagieren Kinder in und auf Psychotherapien? Was benötigen sie, um durch (ihnen zunächst fremde) Erwachsene angeregt, interessiert und angesprochen zu werden? Worin bestehen besondere Chancen aber auch evtl. Risiken, die `Beziehungsfallen` beinhalten? Was sollten TherapeutenInnen tun und was möglichst nicht? Wie sollten die Eltern in die Behandlung miteinbezogen werden? Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hat einen konsequenten Entwicklungsaspekt, d.h. muss den jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes und sein persönliches Umfeld einbeziehen. So würde eine Psychotherapie ohne Einbeziehung der Eltern bzw. wesentlichen erwachsenen Bezugspersonen nicht nur ihr Ziel verfehlen, sondern möglicherweise durch mangelnde transparente Information und Austausch Kind (unter Eltern) zusätzlich verunsichern, d.h. evtl. im schlimmsten Fall sogar `schaden`. Die seit 1980 in Paris arbeitende Carole Gammer stellt das Kind konsequent in den Mittelpunkt ihrer Arbeit. Sie verfolgt dabei einen schu-

lenübergreifenden Ansatz, d.h. integriert verhaltens- und tiefenpsychologische Ansätze, jedoch stets aus einer konsequent systemischen Perspektive. Das vorliegende Buch, bietet theoretische Grundlagen, Übersichten über Behandlungstechniken, zu Settings, Fragen der therapeutischen Beziehungsgestaltung, auch Joining und vor allem handlungsorientierte Ansätze für alltagsrelevante Störungsbilder, so ADHS, Umgang mit chronisch kranken bzw. behinderten Kindern und Geschwisterrivalität.

Das vorliegende Buch ist von einer überaus erfahrenen Praktikerin für die Praxis geschrieben: in vier Hauptabschnitten werden Konzepte der systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anhand vieler lebendiger Fallbeispiele vorgestellt: (1.) theoretische Konzepte (2.) Behandlungstechniken und -methoden, (3.) die Gestaltung des Behandlungsablaufs- und -settings in der Praxis und (4.) zu spezifischen Störungsbildern bzw. Themen.

Das Buch ist eindeutig aus einem systemischen Blickwinkel geschrieben. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Frankreich, wo die Autorin nun seit langem arbeitet, noch überwiegend psychoanalytisch geprägt zu sein scheint, besticht die Darstellung aber gerade dadurch, dass fast nahtlos verschiedenste Behandlungstechniken, seien sie der Verhaltenstherapie, tiefenpsychologischen Psychotherapie, Spieltherapie, Familientherapie oder auch Gesprächspsychotherapie entliehen, integriert werden. Grundlegende pädagogische Elemente, die in der Elternberatung aufgrund des Schwindens traditioneller Erziehungskonzepte betont werden müssen, so Kindern natürliche Grenzen zu setzen, mit ihnen spielen, d.h. auch sich mit ihnen gezielt zu beschäftigen, ihnen Anregungen zu vermitteln, auf ihre natürliche Neu- und Wissbegierde zu reagieren, sind selbstverständlich Teil der Behandlungen. Mit dem Schwinden sozialer Netzwerke entstehen zusätzliche Herausforderungen daraus, für belastete, insbesondere allein erziehende Elternteile soziale Unterstützungen zu schaffen. Es gibt zwar keine offiziellen Elternschulen, aber Eltern lernen künftiges eigenes Erziehungsverhalten wesentlich am Erziehungsvorbild ihrer eigenen Eltern. Caroline Gammer beschäftigt sich auch vor diesem Hintergrund in einem separaten Kapitel mit (Mehr)generationsdynamiken.

Dadurch dass das vorliegende Buch sehr praxisbezogen und unpräntiös – auch mit zahlreichen Fallvignetten – geschrieben ist, liest es sich auch flüssig für jemand, der nicht primär systemisch orientiert oder vorgebildet ist. Auch nicht vorrangig psychotherapeutisch vorgebildete KollegenInnen werden das Buch wegen seiner Praxisorientierung und lebendigen Dar-

stellweise schätzen lernen. Ein ausführliches Literaturverzeichnis am Ende erlaubt bei Bedarf eine Vertiefung der Thematik.

Insgesamt ist es ein lesenswertes und engagiertes Buch, dem eine breite Verbreitung in den unterschiedlichen Berufsgruppen zu wünschen ist.

Dr. Jochen Gehrman, Ludwigshafen

Hans-Christoph Steinhausen (Hrsg.) **Schule und psychische Störungen.** Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart 2006. 335 Seiten. 29,80 €.

Die Schule spielt seit der Expansion in Richtung Ganztagschule eine immer wichtigere Rolle in der Entwicklung aller Kinder und Jugendlichen. Das Buch setzt sich in seinem ersten Teil mit der Bedeutung der Schule für Befinden und Verhalten auseinander. Entsprechend ihrer zeitlichen Ausdehnung kann die Bedeutung des Schulklimas und Schulumwelt für die psychische Entwicklung des Kindes und des Jugendlichen nicht unterschätzt werden. Besonders eingegangen wird dabei auf Leistungsängste, Mobbing, sowie deren Einfluss auf die Entwicklung von Selbstwertgefühl. Außerdem wird die Bedeutung des subjektiven Erlebens der Schüler in der Schule unter dem Gesichtspunkt der psychischen Gesundheit analysiert.

Der zweite Teil setzt sich mit psychischen Störungen und ihren Auswirkungen auf die Schule auseinander. Wichtige Störungsbilder der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden darin definiert, klassifiziert und quantifiziert sowie ihr klinisches Erscheinungsbild erfasst. Die Auswahl klinischer Störungsbilder erstreckt sich auf geistige Behinderungen, Autismus, schizophrene Psychosen, Hirnstörungen, ADHS, Störungen der Sprache und des Sprechens, Legasthenie, Rechenstörungen, Schulverweigerung sowie Störungen des Sozialverhaltens. Ihre Auswirkungen auf Unterricht und Schule sowie die therapeutischen Vorgehens- und Rehabilitationsmöglichkeiten wurden in den einzelnen Kapiteln von namhaften Autoren analysiert.

Der dritte Teil fokussiert auf Programme zur Prävention und Intervention in der Schule. Exemplarisch werden dabei das „Faustlos“, „LARS&LISA“, „proACT + E“, „Incredible Years Training“ sowie „Konflikt – KULTUR“ als Beispiele für Präventionsprogramme beschrieben und nach ihrer Nützlichkeit bewertet. Sie alle haben verschiedene Schwerpunkte und können

bei unterschiedlichen Konfliktkonstellationen in der Schule unter Beteiligung von Schülern, Eltern und Lehrern durchgeführt werden.

Sehr neugierig auf mehr machte mich besonders der Beitrag über das von Carolyn Webster-Stratton an der University of Washington entwickelte „Incredible Years Training“. Ein wichtiges Ziel dieses Programms ist es, soziale Kompetenzen des Kindes zu stärken und Verhaltensprobleme zu verringern, zu verhindern und zu behandeln. Neben einem Elterntaining wurden ein Lehrer- und Kindertraining entwickelt. Obwohl dieses zu den wenigen Verfahren zählt, die nach den strengen Kriterien der „American Psychological Association“ mit dem Prädikat „empirically supported treatment“ ausgezeichnet wurde, gibt es keine deutschsprachige Übersetzung sowie Evaluation des Trainings.

Das von Hans-Christoph Steinhausen mit vielen namhaften Autoren herausgegebene Buch stellt einen wichtigen Beitrag um den Prozess des Dialoges zwischen Schule und der Kinder- und Jugendpsychiatrie voran zu bringen und zu vertiefen. Dieses Buch ist eine nützliche Anregungsquelle für alle Pädagogen, (Schul-)Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiater, aber auch für die an diesem Thema interessierten Eltern. Dieses Buch hilft auch nach der PISA-Studie die Optik für die Schwachen und Benachteiligten in unserem Schulsystem zu schärfen und manchmal auch ungewohnte Wege zu wählen.

Dr. Bodo Pisarsky, Berlin

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
 - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifrcf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss gleichzeitig mit der Rücksendung der Fahnenkorrekturen erfolgen.